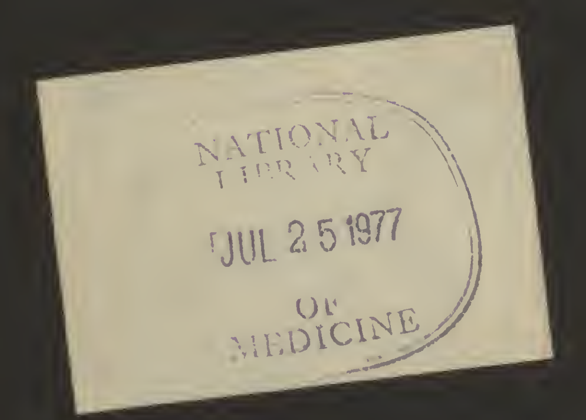
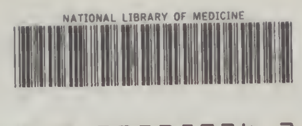

9834





SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN

MONTEVIDEO

DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921
BAJO EL PATRONATO DEL Excmo. SEÑOR PRESIDENTE
DE LA REPÚBLICA DOCTOR BALTASAR BRUM Y DE LOS
Excmos. SEÑORES MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES
DOCTOR JUAN A. BUERO
Y MINISTRO DE INSTRUCCION PUBLICA
DOCTOR RODOLFO MEZZERA

Publicación oficial del Comité Organizador del Congreso

TOMO I

GENERALIDADES Y SESIONES DEL CONGRESO

El primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se celebró en Río de Janeiro, del 13 al 20 de Octubre de 1918. El Tercer Congreso se celebrará en Buenos Aires en 1924.

MONTEVIDEO
IMPRENTA «EL SIGLO ILUSTRADO», DE GREGORIO V. MARIÑO
938 — San José — 938
1922

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO
DE
DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN MONTEVIDEO DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921


RL31
.C6
1921

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN

MONTEVIDEO

DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921
BAJO EL PATRONATO DEL Excmo. SEÑOR PRESIDENTE
DE LA REPÚBLICA DOCTOR BALTASAR BRUM Y DE LOS
Excmos. SEÑORES MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES
DOCTOR JUAN A. BUERO
Y MINISTRO DE INSTRUCCION PUBLICA
DOCTOR RODOLFO MEZZERA

Publicación oficial del Comité Organizador del Congreso

TOMO I

GENERALIDADES Y SESIONES DEL CONGRESO

El primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se celebró en Río de Janeiro, del 13 al 20 de Octubre de 1918. El Tercer Congreso se celebrará en Buenos Aires en 1924.

MONTEVIDEO
IMPRENTA «EL SIGLO ILUSTRADO», DE GREGORIO V. MARIÑO
938 — San José — 938
1922

DIVISIÓN DE ESTA PUBLICACIÓN:

TOMO I.

PRIMERA PARTE: Generalidades.

I. Antecedentes.

II. Organización.

III. Sesiones generales.

IV. Visitas, fiestas y conferencias.

V. Votos del Congreso.

SEGUNDA PARTE: Sesiones ordinarias del Congreso.

TOMO II.

TERCERA PARTE: Trabajos enviados al Congreso, que no han sido leídos en el curso de sus sesiones.

Indices.

PRIMERA PARTE

GENERALIDADES

I. Antecedentes.
II. Organización.
III. Sesiones generales.
IV. Visitas, fiestas y conferencias.
V. Votos del Congreso.

I. ANTECEDENTES

Durante la celebración del Primer Congreso Médico Nacional Argentino, que tuvo lugar en Buenos Aires del 17 al 24 de setiembre de 1916, y al que habían sido invitados gentilmente a participar de ese torneo científico varios médicos extranjeros, surgió la idea, en la Sección Dermato-Sifilográfica de ese Congreso, de celebrar un Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía. En la sesión del Jueves 21 de setiembre de 1916 de la Sección Dermato-Sifilográfica del Primer Congreso Médico Nacional Argentino, el doctor Juan A. Rodríguez (de Montevideo) fundó, en una brillante exposición. la necesidad de un Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía (1). La proposición del doctor Juan A. Rodríguez, apoyada por el doctor Oscar D'Utra e Silva (de Río de Janeiro) y por los doctores José Brito Foresti y Julián Rosende (de Montevideo) fué aprobada por unanimidad.

De acuerdo con esta aprobación y haciendo suya esta idea, el Brasil provocó la Primera reunión del Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, que se cele-

(1) Véase: República Argentina—Primer Congreso Nacional de Medicina: Actas y Trabajos, Tomo II, pág. 764. Buenos Aires, Antonio Flaiban, editor, 1917.

bró en Río de Janeiro, del 13 al 20 de Octubre de 1918, conjuntamente con el Octavo Congreso Médico Nacional Brasileño y la Segunda Conferencia de Higiene, Microbiología y Patología.

Enviamos al lector a las publicaciones que el Comité Organizador del Primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía ha hecho de las actas y trabajos de dicho Congreso para ilustrarse sobre la importancia de los trabajos presentados a esa Reunión, cuyo desarrollo normal fué desgraciadamente perturbado por la intensísima epidemia de gripe que reinó entonces en toda la América.

En la Sesión plenaria de clausura del Congreso de Río, fué designada la ciudad de Montevideo y el año 1921 para sede y fecha del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía. El Presidente de la Delegación uruguaya al Congreso de Río, Prof. Dr. Américo Ricaldoni, entonces Decano de la Facultad de Medicina de Montevideo, quedó encargado de provocar la celebración del Congreso de Montevideo, y, previas reuniones en el Salón del Decanato de la Facultad de Medicina de los delegados uruguayos al Congreso de Río, quedó constituído el Comité Organizador Central del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía de la manera siguiente:

Presidente: **Dr. José Brito Foresti**, Profesor de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina.

Vicepresidente: **Dr. Juan A. Rodríguez**, Director Técnico del Instituto Profiláctico de la Sífilis, Médico-Director del Sifilicomio Nacional, Médico-Jefe del Servicio de las enfermedades de la piel y sífilis del Hospital Militar Central.

Tesorero: **Dr. Alberto M. Penco**, Jefe del Laboratorio de la Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina, Médico del Servicio de piel y sífilis del Hospital Militar Central.

Secretarios: **Dr. Bartolomé Vignale**, Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina, Médico del Servicio de piel y sífilis del Hospital Militar Central.

Dr. José May, Médico-Jefe de la Clínica Dermatológica del Hospital Maciel, Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, Asistente de la Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina, Médico del Instituto Profiláctico de la Sífilis.

Dr. Máximo Halty, Asistente del Laboratorio de la Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina, Médico del Sifilicomio Nacional, Médico del Instituto Profiláctico de la Sífilis.

Dr. Héctor del Campo, Subdirector técnico del Instituto Profiláctico de la Sífilis, Jefe de Trabajos del Instituto Profiláctico de la Sífilis de París.

Dr. Pedro Raúl Alonso, Jefe de la Clínica Dermatológica del Hospital Pasteur, Médico del Instituto Profiláctico de la Sífilis.

Pocos días antes de la celebración del Congreso, sucumbía a los progresos de una larga y cruel enfermedad su Vicepresidente el doctor Juan A. Rodríguez. Fué nombrado para ese cargo el doctor Héctor del Campo.

Inmediatamente de constituído, el Comité Organizador Central se dirigió a los Poderes Públicos solicitando su apoyo moral y material, apoyo que le fué entusiastamente concedido. S. E. el señor Presidente de la República, SS. EE. los señores Ministros de Relaciones Exteriores e Instrucción Pública colocaron al Congreso bajo su alto patronato y los dos Ministerios acordaron conceder una subvención de $ 4,000 para la celebración del Congreso.

Se acordó con el Comité Organizador del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo que los dos Congresos se celebrarían simultáneamente.

El Comité Organizador Central se dirigió luego al Ministerio de Relaciones Exteriores rogándole que nuestro Gobierno invitara oficialmente a los Gobiernos Americanos a adherirse al Congreso y se dirigió privadamente a personalidades de los países americanos invitándolas a formar sus Comités Nacionales. El Comité creyó útil comprender a toda la América en sus invitaciones, y, por consiguiente, envió notas de invitación a los países siguientes: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia, Venezuela, Panamá, Guatemala, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Costarrica, Méjico, Cuba, EE. UU. de Norte América y Canadá.

En el Capítulo siguiente se encontrarán los resultados de esas invitaciones.

Una invitación especial fué dirigida a uno de los iniciadores de estos Congresos y uno de los más activos organizadores del Primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, el doctor Oscar D'Utra e Silva (de Río de Janeiro), quien contestó con la carta siguiente:

São Paulo, 5 de outubro de 1921.

Meu eminente amigo Prof. Brito Foresti.

Saudações.

Lamentando immensamente não poder estar com os caros amigos nas reuniões do Congresso de Dermatologia, venho trazer o meu

maior agradecimento a gentileza e para mim muito honrosa prova de consideração que encerra o seu convite em nome do "Comité" organisador do referido Congresso.

Mais do que aos meus insignificantes meritos scientificos, attribuo esta alta distinção a um elevado espirito de justiça, do meu eminente amigo e dos caros companheiros que ahi tenho, aos esforços e a dedicação, por mim despendidos, na realisação do 1º Congresso, no Rio de Janeiro.

Não poderia proceder de outro modo, por muito me merecerem os meus companheiros de ideá: os Drs. Sommer e Rosende, mas principalmente depois que ahi em Montevideo, fui enormemente estimulado pelas ideas trocadas com os caros amigos: o Prof. Brito Foresti, J. A. Rodríguez, Rosende, etc. De volta ao meu paiz, fiz portanto, o que era de meu dever, tornando realidade o que haviamos de commum accordo combinado. Lamento que circumstancias extranhas a minha vontade me tenha imperiosamente impedido ser testemunha do mais completo exito desejavel do 2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia.

Ao eminente amigo pois, com os mais intimos e sinceros protestos de agradecimento, e de consideração, envia um affectuoso abraço o seu sempre admirador e amigo.

Oscar d'Utra e Silva.

II. ORGANIZACION

a) Reglamento del Congreso.
b) Temas propuestos por el Comité Organizador Central.
c) Gobiernos extranjeros oficialmente adheridos y sus delegados.
d) Comités Nacionales Extranjeros.
e) Delegaciones extranjeras presentes en el Congreso.
f) Corporaciones Nacionales y Extranjeras oficialmente adheridas y sus delegados.
g) Nómina de los adherentes Nacionales y Extranjeros.

a) Reglamento del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía

I. Sede y objeto del Congreso.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se celebrará en Montevideo, en la semana del 9 al 16 de octubre de 1921, bajo el Patronato del señor Presidente de la República doctor Baltasar Brum y de los señores Ministros de Relaciones Exteriores e Instrucción Pública.

Como en la primera Reunión de este Congreso, que se celebró en Río de Janeiro en octubre de 1918, el objeto del Congreso es el de reunir el mayor número posible de dermatólogos y sifilógrafos sudamericanos con el fin de oír y discutir los informes, comunicaciones y trabajos que se presenten sobre las afecciones de la piel y venéreas, tanto desde el punto de vista de la patología, como desde el punto de vista de sus relaciones con la higiene pública y privada.

II. Miembros del Congreso.

Podrán formar parte del Congreso:

a) los médicos;
b) los farmacéuticos, químicos y naturalistas;

c) los demógrafos;
d) los ingenieros sanitarios;
e) los dentistas y veterinarios;
f) las corporaciones científicas y administrativas.

Los estudiantes de Medicina y de sus ramas anexas podrán adherir al Congreso, participar de las fiestas, pero no tomarán parte en las discusiones y trabajos.

III. **Derechos de los Miembros.**

Los Miembros del Congreso tendrán derecho a presentar trabajos y comunicaciones, a intervenir en las discusiones, a participar de las fiestas y paseos que se celebren con ocasión del Congreso. Tendrán derecho también a un ejemplar de las publicaciones de los trabajos presentados al Congreso. Además, el Comité Organizador del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo ha resuelto considerar como Miembros de Honor de ese Congreso, a los adherentes extranjeros al Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía.

IV. **Tarjetas de Congresistas.**

Las personas que deseen formar parte del Congreso lo solicitarán por escrito a los Comités Organizadores de sus respectivos países, haciendo constar en la hoja de solicitud de admisión su nombre y apellido, su domicilio, sus títulos y los cargos que desempeñen, y los títulos de las comunicaciones que presentarán al Congreso. Una vez satisfecha la cuota de adhesión, les será remitida una tarjeta que los acreditará como miembros del Congreso.

V. **Cuota de adhesión.**

La cuota de adhesión ha sido fijada en **una libra esterlina** para los adherentes extranjeros, y en **cinco pesos** para los adherentes uruguayos y en $ 2.50 para los estudiantes.

VI. Comités Organizadores del Congreso.

El Congreso será organizado:

A. Por un **Comité Organizador Central de Montevideo** que tendrá a su cargo:

1.° La organización y dirección general del Congreso hasta su clausura.
2.° Provocar la formación de Comités Nacionales Extranjeros.
3.° Proponer temas de interés general para ser tratados en el Congreso y nombrar los miembros informantes uruguayos que tratarán de dichos temas.
4.° Recibir las adhesiones y los trabajos de los adherentes uruguayos.
5.° Formar las órdenes del día.
6.° Encargarse de la publicación de las actas y trabajos del Congreso.

B. Por **Comités Organizadores Nacionales Extranjeros** que tendrán a su cargo:

1.° Invitar a los dermatólogos y sifilógrafos de sus respectivos países a adherirse al Congreso, y de recibir las adhesiones y trabajos de sus compatriotas.
2.° Proponer temas de interés general o local y de nombrar los miembros informantes de los temas de interés general en sus respectivos países.
3.° Crear Subcomités Departamentales, Regionales o Provinciales, si lo estiman conveniente.
4.° Comunicar al Comité Central, inmediatamente después de constituídos, el nombre y los títulos de las personas que lo componen, con la distribución de los cargos.
5.° Comunicar al Comité Central las adhesiones que obtengan y el título de los trabajos que serán presentados, con el nombre y títulos de sus respectivos autores.
6.° Comunicar al Comité Central todo lo relativo a la marcha de la organización del Congreso en sus respectivos países.

VII. Sesiones del Congreso.

Las sesiones del Congreso serán sucesivamente:

1.° Una **sesión preparatoria**, en la que se nombrarán las Autoridades de Honor del Congreso, y en la que

se podrán formular mociones relativas a la organización y marcha de las demás sesiones.

2.º Una **sesión de apertura**, destinada a los discursos de uso. Esta sesión se celebrará simultáneamente con la de la Tercera Conferencia Sudamericana de Higiene, Microbiología y Patología, y con la del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo.

3.º **Sesiones ordinarias**, en las que se leerán y discutirán los trabajos presentados al Congreso, en el orden siguiente:

a) Informes sobre temas de interés general y su discusión;
b) Comunicaciones y su discusión.

En estas sesiones, los oradores que traten de temas de interés general dispondrán de veinte minutos para la lectura de su trabajo, y los oradores que intervengan en la discusión, de diez minutos. Los autores de comunicaciones dispondrán de diez minutos para la lectura de su trabajo y los oradores que intervengan en la discusión, de cinco minutos.

4.º Además de las sesiones ordinarias, podrán organizarse **sesiones extraordinarias** que consistan en conferencias, demostraciones prácticas o cualquier otro objeto de interés general.

5.º Una **sesión de clausura**, en la que se votarán las conclusiones de los informes de interés general, se discutirán y votarán las mociones y votos presentados en las sesiones ordinarias, se propondrán temas y se fijará la fecha y sede del próximo Congreso.

VIII. Trabajos presentados al Congreso.

Estos trabajos serán:

a) Informes sobre temas de interés general propuestos por el Comité Central o por los Comités Nacionales Extranjeros. Los miembros informantes serán nombrados por los Comités Nacionales Extranjeros en sus respectivos países, y por el Comité Central en el Uruguay. Las conclusiones de estos informes serán remitidas al Comité Central antes del 15 de septiembre de 1921.

b) Comunicaciones sobre temas libremente elegidos por los oradores. Los títulos de estas comunicaciones y los nombres de los autores deberán ser remitidos al Comité Central antes del 15 de septiembre de 1921.
c) En caso de que algún miembro del Congreso desee hacer una conferencia sobre un tema especial, deberá comunicarlo al Comité Central antes del 15 de septiembre de 1921.

IX. **Idiomas de Congreso.**

Los idiomas oficiales del Congreso serán el español, el portugués, el francés y el inglés.

X. **Publicaciones del Congreso.**

En las publicaciones del Congreso figurarán todos los trabajos que en él se hayan leído y las discusiones, siempre que tanto aquéllos como éstas sean entregados a los Secretarios del Congreso durante su funcionamiento. Se ruega a los autores quieran presentar sus trabajos escritos a máquina para facilitar su corrección.

b) Temas propuestos por el Comité Central Organizador del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía.

A. **Temas principales:**

I. Dermatología.

a) **Tuberculosis cutáneas.** Su etiología, frecuencia, formas clínicas y tratamiento.
b) **Lepra.** Su etiología, frecuencia, formas clínicas y tratamiento.
c) **Blastomicosis.** Su etiología, su frecuencia, formas clínicas y tratamiento.
d) **Leishmaniosis.** Su etiología, su frecuencia, formas clínicas y tratamiento.
e) **Esporotricosis.** Su etiología, su frecuencia, formas clínicas y tratamiento.

f) **Granuloma venéreo.** Su etiología, su frecuencia. formas clínicas y tratamiento.
g) **Vacunoterapia en las dermatosis.**

II. Venereología.

a) **La lucha contra las enfermedades venéreas, en particular contra la sífilis.**
b) **Tratamientos modernos contra la sífilis y sus resultados.**
c) **Las reacciones serológicas y citológicas de la sífilis en relación con su pronóstico, diagnóstico y tratamiento.**
d) **Seroterapia y vacunoterapia de la blenorragia.**
e) **Tratamiento del chancro simple y sus complicaciones.**

B. **Temas accesorios:**

a) **Verruga peruana.**
b) **Piedra.**
c) **Caratés.**

c) Gobiernos extranjeros adheridos oficialmente y sus delegados

(Por orden alfabético)

Superior Gobierno de la República Argentina, representado por los doctores Neocle Ragusin, Mayor de Sanidad y Ludovico Facio. Teniente 1.° de Sanidad.

Superior Gobierno de la República de Bolivia, representado por el doctor León Velasco Blanco.

Superior Gobierno de los Estados Unidos del Brasil, representado por el Prof. Dr. Fernando Terra y los Profs. Drs. Aloysio de Castro, Adolpho Lutz y Oscar da Silva Araujo.

Superior Gobierno de Chile.

Superior Gobierno de Guatemala, representado por el señor Enrique M. Martín, Cónsul General de Guatemala en el Uruguay.

Superior Gobierno de la República Mexicana, representado por el doctor Joaquín González.

Superior Gobierno de la República del Paraguay, representado por los doctores Víctor Idoyaga, Presidente de la Delegación, Teniente Coronel de Sanidad Militar, Fernando Abente Haedo y Pedro L. Barbosa, Teniente 2.° de Sanidad Militar, Secretario de la Delegación.

d) Comités Nacionales Extranjeros

ARGENTINA.

Comité Nacional Argentino

Presidente: Dr. Maximiliano Aberastury, Profesor titular de Clínica Dermato-Sifilográfica en la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Vicepresidente: Dr. Pacífico Díaz, Jefe de la Clínica Dermatológica del Hospital de Niños.

Secretario General: Dr. Pedro L. Baliña, Profesor suplente de Clínica Dermato-Sifilográfica.

Tesorero: Dr. Neocle Ragusin, Jefe del Servicio Dermato-Sifilográfico del Hospital Militar Central.

Vocales: Drs. Nicolás Greco y Joaquín Cervera, Profesores suplentes de la Clínica Dermato-Sifilográfica.

Dr. Angel M. Giménez, Jefe del Servicio Dermatológico del Hospital Ramos Mejía.

Dr. E. Jonquières, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital T. Alvarez.

Dr. A. Muschietti, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Pirovano.

Dr. C. Seminario (en Europa), Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Rawson.

Dr. J. Torres Zárate, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Francés.

Dr. D. Tello, Profesor suplente de Clínica Dermatológica y Sifilográfica en Córdoba.

Dr. Julio V. Uriburu, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico de la Casa de Expósitos.

Dr. A. Oris de Roa, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Parmenio Piñero.

Dr. A. Chabroux, Jefe del Servicio Dermatotológico y Sifilográfico del Hospital Alvear.

Dr. R. F. Wernicke, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Alvear.

Dr. D. Torello, Jefe de los Dispensarios Antivenéreos.

Dr. P. Ghiso, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Rivadavia.

Dr. L. Facio, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Militar.
Dr. Joaquín Nin Posadas, Jefe del Servicio de Vías Urinarias del Hospital T. Alvear.

BOLIVIA

Comité Nacional Boliviano

Presidente: Dr. M. Cuellar, Decano de la Facultad de Medicina de Sucre.
Vocales: Dr. Aniceto Solares.
Dr. José María Araújo.
Secretario: Dr. Armando Solares Arroyo.

BRASIL

Comité Nacional Brasileño

Presidente: Dr. Fernando Terra, Profesor de Clínica de Enfermedades de la Piel y Venéreas de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro.
Vocales: Dr. Aloysio de Castro, Director de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro.
Dr. Adolpho Lutz, del Instituto Oswaldo Cruz.
Dr. Oscar da Silva Araujo, Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro.
Dr. Werneck Machado, Jefe del Servicio Dermato-Sifilográfico de la Policlínica de Río de Janeiro.
Dr. Eduardo Rabello, Profesor de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro.

ECUADOR

Comité Nacional Ecuatoriano

Presidente: Dr. Carlos Alberto Arteta, Decano de la Facultad de Quito.
Vocales: Dr. Ricardo Villavicencio Ponce, Profesor de Dermatología y Sifilografía de la Universidad Central, Médico de las salas de enfermedades de la piel del Hospital Civil.
Dr. Eustorgio Salgado V., Jefe del Servicio de enfermedades venéreas del Hospital Civil.

Dr. Francisco Cousin, Profesor de Bacteriología de la Universidad Central.
Dr. Carlos Miño, Subdirector de la Sanidad de la República.
Dr. Carlos A. Serrano, Médico Mayor del Ejército.

Secretario: Dr. Benjamín Bravo Anda, Ayudante del Laboratorio Clínico y Profesor sustituto de Parasitología de la Universidad Central.

MEXICO

Comité Nacional Mexicano

Presidente Honorario: Dr. Regino González.
Presidente Efectivo: Dr. Jesús González Urueña.
Vicepresidente: Dr. Ricardo E. Cicero.
Primer Secretario: Dr. Luis S. Viramontes.
Segundo Secretario: Dr. Angel Brioso Vasconcelos.

PARAGUAY

Comité Nacional Paraguayo

Presidente: Dr. Víctor Idoyaga, Director del Hospital Militar, Teniente Coronel de Sanidad Militar, Médico-Jefe del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.

Secretarios: Dr. Pedro L. Barbosa, Médico de la Asistencia Pública y de la Sanidad Militar.
Dr. Julio Teodoro Decoud, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Médico de la Asistencia Pública.

Vocales: Dr. Luis E. Migone, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Director del Instituto Bacteriológico Nacional.
Dr. Alejandro J. Dávalos, Médico del Hospital Militar, Médico-Jefe del Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública.
Dr. Luis Zanotti Cavazzoni, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas.
Dr. Antonio B. D'Atri, Médico de la Asistencia Pública.
Dr. Arriola Moreno, Jefe de Clínica del Hospital Nacional.

Dr. Rogelio Alvarez Bruguez, Vicedirector del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, Médico de la Sanidad Militar.

Dr. Gerardo Laguardia, de la Real Universidad de Nápoles.

Dr. José V. Insfrán, Médico de la Asistencia Pública.

PERU

Comité Nacional Peruano

Drs. Belisario Sosa Artola, Profesor de Dermatología de la Facultad de Lima.
Raúl Rebagliatti, Profesor interino de Bacteriología.
Felipe Merkel, especialista en Sifilografía y Dermatología.
Julio G. Arbulú, Director del Sifilicomio de Lima.
Ramón E. Ribeiro, Profesor de Parasitología.

VENEZUELA

Comité Nacional Venezolano

Drs. Manuel Pérez Díaz, Académico de la Nacional de Medicina.
Juan Iturbe, Académico de la Nacional de Medicina.
Luis Razetti, Académico de la Nacional de Medicina.
B. Perdomo Hurtado, Académico de la Nacional de Medicina.
F. A. Risquez, Académico de la Nacional de Medicina, Director de la Escuela de Medicina de Caracas.
M. Giménez Rivero. Profesor de Bacteriología de la Escuela de Medicina.
H. de Pasquali, Director del Dispensario Venereológico de la Cruz Roja Venezolana.

e) Delegaciones Extranjeras presentes en el Congreso

ARGENTINA

Dr. Neocle Ragusin, Jefe del Servicio Dermato-Sifilográfico del Hospital Militar Central, Delegado del Gobierno Argentino, Mayor de Sanidad.

Dr. Ludovico Facio, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Militar, Delegado del Gobierno Argentino, Teniente 1.° de Sanidad.

Dr. Pedro L. Baliña, Profesor suplente de Enfermedades de la Piel de la Facultad de Buenos Aires, Delegado de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de la Sociedad Dermatológica, Vicepresidente de la Sociedad Dermatológica Argentina.

Dr. Eduardo Jonquières, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital T. Alvarez.

Dr. Angel M. Giménez, Jefe del Servicio Dermatológico del Hospital Ramos Mejía.

Dr. Aníbal Oris de Roa, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Parmenio Piñero.

Dr. Roberto F. Wernicke, Jefe del Servicio Dermatológico y Sifilográfico del Hospital Alvear.

Dr. Arturo Serantes, Jefe del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Español.

Dr. A. Fernández Verano, Presidente de la Liga Argentina de Profilaxis Social.

Dr. Gregorio Araoz Alfaro, Profesor de Semiología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Dr. Orestes Calcagno, doctor en Farmacia.

BRASIL

Dr. Fernando Terra, Profesor de Clínica de enfermedades de la piel y venéreas de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, Delegado del Gobierno del Brasil.

Dr. Aloysio de Castro, Director de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, Delegado del Gobierno del Brasil.

Dr. Oscar da Silva Araujo, Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro, Delegado del Gobierno del Brasil, Asistente de la Inspección de Profilaxis de la Lepra y Enfermedades Venéreas, Vicepresidente de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Río de Janeiro, Jefe del Laboratorio de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro.

Dr. Adolpho Lutz, Jefe del Servicio del Instituto Oswaldo Cruz, Delegado del Gobierno del Brasil.

Dr. Ulysses de Nonohay, Profesor de la Facultad de Medicina de Porto Alegre (Río Grande do Sul, Brasil), Delegado de dicha Facultad.

Dr. Kohtaro Kohda, de Tokio, Asistente del Instituto Oswaldo Cruz.

GUATEMALA

Señor don Enrique M. Martin, Cónsul General de Guatemala en el Uruguay, Delegado del Gobierno de Guatemala.

MEXICO

Dr. Joaquín González, Delegado del Gobierno Mexicano, de la Universidad Nacional y de los médicos mexicanos adheridos al Congreso.

PARAGUAY

Dr. Víctor Idoyaga, Director del Hospital Militar, Delegado del Gobierno Paraguayo, Teniente Coronel de Sanidad Militar, Director del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.
Dr. Pedro L. Barbosa, Médico de la Asistencia Pública y de la Sanidad Militar, Delegado del Gobierno Paraguayo, Catedrático del Colegio Nacional, Teniente 2.° de la Sanidad Militar, Jefe de la 1.ª Zona Sanitaria de la Asunción.
Dr. Fernando Abente Haedo, Delegado del Gobierno Paraguayo.
Dr. Carlos Silva, Profesor suplente de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Asunción.
Dr. Mateo Arriola Moreno, Jefe de Clínica del Hospital Nacional de la Asunción.
Dr. Rogelio Alvarez Bruguez, Mayor de Sanidad Militar, Subdirector del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.

d) Corporaciones nacionales y extranjeras oficialmente adheridas y sus delegados

NACIONALES

Universidad de Montevideo.
Facultad de Medicina de Montevideo: Delegado doctor José Brito Foresti.
Asistencia Pública Nacional: Delegado doctor Miguel Becerro de Bengoa.
Ateneo de Montevideo: Delegado doctor José Repetto.
Consejo Nacional de Higiene: Delegado doctor José Mainginou.
Instituto Profiláctico de la Sífilis: Delegados los doctores Alejandro Gallinal, José Brito Foresti, Joaquín Canabal, José P. Urioste, Héctor del Campo, Pedro Raúl Alonso, Francisco Garmendia.
Sociedad de Medicina de Montevideo: Delegado doctor Carlos Brito Foresti.
Sociedad de Pediatría.
Reunión Ginecotocológica: Delegado doctor Francisco Cortabarría.
Sociedad de Oftalmología: Delegado doctor Antonio S. Viana.
Segundo Congreso Médico Nacional: Delegado doctor Antonio S. Viana.
Dirección General de Sanidad Militar.

EXTRANJERAS

Sociedad Dermatológica Argentina: Delegado doctor Pedro L. Baliña.

Universidad Nacional de México: Delegado doctor Joaquín González.

Academia Nacional de Medicina de México: Delegados doctores Ernesto Cervera y Francisco Castillo Nájera.

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires: Delegado doctor Pedro L. Baliña.

Facultad de Medicina de Porto Alegre: Delegado doctor Ulysses de Nonohay.

Liga Argentina de Profilaxis Social: Delegado doctor A. Fernández Verano.

Sociedad Médica del Paraguay: Delegados doctores Carlos Silva, Mateo Arriola Moreno, Rogelio Alvarez Bruguez.

Facultad de Medicina de la Asunción: Delegado doctor Mateo Arriola Moreno.

Sociedad Médica "Pedro Escobedo" (de México): Delegado doctor Santiago Ramírez.

Departamento de Salubridad Pública (de México).

Asociación Médica Mexicana: Delegado doctor Angel Brioso y Vasconcelos.

Facultad de Medicina de México.

Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las enfermedades venéreas.

Gobierno del Estado de Puebla (México).

Facultad de Medicina de Sucre (Bolivia): Delegado doctor León Velasco Blanco.

Inspectoria de Prophilaxia da Lepra e das doenças venereas (Río de Janeiro): Delegado doctor Oscar da Silva Araujo.

Sociedade Brasileira de Dermatología.

Sociedade Medica dos Hospitaes de Bahía.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio de Janeiro: Delegado doctor Oscar da Silva Araujo.

Cruz Vermelha Brazileira: Delegado doctor Oscar da Silva Araujo.

Archivos Brazileiros de Medicina: Delegado doctor Oscar Silva Araujo.

"La Crónica Médica Mexicana".

Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública del Paraguay.

Sanidad del Ejército (Paraguay).

g) Nómina de los adherentes nacionales y extranjeros

URUGUAY

Médicos:

Alonso Pedro Raúl
Alvarez Mouliá Arturo
Artuccio Hernán
Abente Haedo Fernando
Brito Foresti José
Berro Alfredo
Butler Carlos
Bordes Carlos
Bottaro Luis
Bañales Miguel
Birabén Eduardo
Becerro de Bengoa Miguel
Bares José de
Braceras Ricardo J.
Boutón Roberto S.
Calzada Luis
Canabal José J.
Cuocco Pedro
Cortabarría Francisco
Cordero Adolfo
Carrau Antonio
Claveaux Enrique
Camou Juan
Cordero Ergasto H.
Chiazzaro Atilio
Del Campo Héctor
Duprat Pedro E.
Dighiero Juan C.
Delfino Andrés
Delger Buenaventura
Deambrosis José L
Etchegorry Fernando
Etchepare Bernardo
Etchechurry José
Etchechurry Julio
Etchepare Modesto
Fernández Alejandro
Gallinal Alejandro
Garmendia Larrañaga Francisco
González Justo F.
Halty Máximo
Isola Albérico
Imhoff Francisco
Infantozzi José
Leguani Mateo
Llambías de Olivar Ramón
Luisi Paulina
Labat Juan
López Octavio V.
Mondino Luis
Martínez Walter
Martínez Borges Ignacio
Méndez Enrique
Martirené José
Moreau Julio E.
Martínez Diez Maximiliano
Molina Muñoz Juan
Montoro Guarch Mario
Muiños Héctor H.
May José
Milans Salvador H.
Nogueira Félix
Nario Clivio V.
Nin y Silva Julio
Poucy Enrique
Pou Orfila Juan
Payssé Camilo
Pintos Salvador M.
Penco Alberto M.
Pérez Roberto S.
Pérsico Alfredo
Pérez Pastorini
Pereyra Roberto
Princivalle José
Quintela Manuel
Rodríguez Castromán Manuel
Rodríguez Juan A.
Ricci Ernesto
Rodríguez Gómez Francisco

Rossi Fernando
Rivas Costa Gustavo
Servetti Larraya Juan
Scaltritti Alberto
Simeto Mario C.
Stajano Carlos
Solari Felipe
San Juan Alfredo
Semblat Carlos
Salterain Joaquín de
Travieso Joaquín E.
Tarigo Ernesto
Terán Manuel G.
Urioste José Pedro
Vidal y Fuentes Alfredo
Vignale Bartolomé
Viana Antonio S.
Zamora Abel

Parteras:

Laviano María
Pirovano María
Rabone Agustina

Particulares:

Añón Ruperto M.

Estudiantes de Medicina:

Aguerre Aristegui Miguel
Acosta Ricardo J.
Alvarez Silva Ramón
Benja Conrado
Estrade Fermín
Franco Servando
Lagomarsino N.
Linares José M.
Lucas Alcides
Malmierca Lucio
Rodríguez Esteban Carlos
Rago Miguel
Rodella Mario
Ríos Francisco D.
Rivero Luis A.
Simón Julio
Saizar Albérico
Sbárbaro Orestes
Sheppard Rubén

ARGENTINA

Médicos:

Aberastury Alberto F.
Aberastury Maximiliano
Alurralde Mariano
Alsina Fidel R.
Araoz Alfaro Gregorio
Baliña Pedro L.
Beatti Manuel
Bonorino Cuenca Joaquín
Bergés Pedro
Baliña Roberto
Behr Oscar
Castex Mariano R.
Cervera Joaquín
Cortelezzi Emilio D.
Calcagno Orestes
Correa Juan M.
Chabroux Enrique
Chiappori Rómulo
Díaz Pacífico
Elizalde Pedro J.
Etchevarne Cosme L.
Fidanza Enrique P.
Facio Ludovico
Fernández Verano A.
Giménez Angel M.
Greco Nicolás V.
Gandía Teodoro P.
Garino Julio A.
Ghiso Pedro
Jonquières Eduardo
Lanari Alfredo
Muschietti Adolfo H.
Montanaro Juan C.
Nin Posadas Joaquín
Oyenard Adolfo
Oral Arias Ceferino

Oyuela Fernando M.
Peralta Ramos Alberto
Roa Aníbal O. de
Rapoport Nicolás
Ragusin Neocle
Rojas Pedro
Recabarren Eduardo
Serantes Arturo
Solari Emilio F.
Tello Domingo A.
Torello Daniel
Torres Zárate José
Uriburu Julio V.
Vitón Juan J.
Wernicke Roberto F.
Waldorp Carlos P.
Widakowid Víctor

BRASIL

Médicos:

Agricola Hernani
Aleixo Antonio
Arêas Leão Antonio E. de
Aguiar Pupo João de
Antunes Alair
Barros de Azevedo Sergio
Borges da Costa Eduardo
Barros Filho José
Clementino Francisco
Costa Junior A. F. da
Castro Aloysio de
Dias de Moraes J.
D'Utra e Silva Oscar
Fontenelle J. P.
Ferreira J. G.
Goulart Zopyro
Gonçalves Arthur
Gonçalves Botafogo Nicanor
Josetti Rodolpho
Kehl Renato
Kraeff Mario
Lutz Adolpho
Lindenberg Adolpho
Leite Pereyra da Silva Carlos
Moncorvo Filho
Moura Costa Gilberto
Motta Joaquín
Moses Arthur
Nonohay Ulysses de
Oliveira Chaves Olympio de
Orsini da Costa Olintho
Portugal Oswaldo
Pereira Caldas Thomaz
Ribeiro Leonidio
Rabello Eduardo
Ribas Emilio
Silva Araujo Oscar
Sattamini Eduardo
Terra Fernando
Torres Octavio
Torres L. Felicio
Teixeira Mendes R. S.
Teive V. de
Werneck Machado

MEXICO

Médicos:

Arroyo Jesús
Brioso Vasconcelos Angel
Cicero Ricardo E.
Cervera Ernesto
González Joaquín
González Urueña Jesús
Gracieux Philippe
Perrin Tomás G.
Rojas Valentín
Viramontes Luis S.

PARAGUAY

Médicos:

Alvarez Bruguez Rogelio
Arriola Moreno M.
Barboza Pedro S.
Decoud Julio T.
Dávalos J. Alejandro

D'Atri Antonio B.
Laguardia Gerardo
Insfrán José V.
Idoyaga Víctor
Migone Luis E.
Silva Carlos
Zanotti Cavazzoni Luis

III. SESIONES GENERALES

a) Sesión preparatoria de apertura.
b) Sesión inaugural.
c) Sesión preparatoria de clausura.
d) Sesión de clausura.

a) Sesión preparatoria de apertura

Domingo 9 de octubre de 1921, a las 11. Salón A del Ateneo de Montevideo

Presidencia del doctor José Brito Foresti (Montevideo)

Secretario de Sesiones doctor Máximo Halty (Montevideo)

Reunidos los adherentes extranjeros y nacionales del Congreso, y presentados los documentos de las varias delegaciones, el **Dr. Brito Foresti** abre la Sesión agradeciendo a los señores Delegados Extranjeros su asistencia al Congreso y propone que todos los Delegados Extranjeros sean nombrados Presidentes de Honor del Congreso. Esta proposición se acepta por unanimidad, quedando, por consiguiente, nombrados Presidentes de Honor los Delegados cuya nómina se hallará en el capítulo anterior, bajo el título de "Delegaciones Extranjeras presentes en el Congreso", v. pág. 20.

La Mesa pide al **Dr. Oscar da Silva Araujo** quiera dar lectura a la carta siguiente del **Dr. Oscar D'Utra e Silva:**

Carta del Dr. Oscar d'Utra e Silva (de San Paulo-Brasil)

Ao iniciar as sessões deste Congresso, na terra hospitaleira do Uruguay, não podemos deixar de commemorar, com um preito de saudade, a dois companheiros desapparecidos na voragem de morte e que, com o obscuro medico que formula este voto, foram os creadores dos Congressos Sul-Americanos de Dermatologia.

Refiro-me aos illustres medicos o Prof. Baldomero Sommer, de Buenos Aires, e Julián Rosende, filhos desta terra que elle tanto dignificou pelo seu talento.

O Prof. Sommer é uma gloria imperecivel da sciencia argentina e sul americana. Professor e medico, não sabemos qual é maior se o evangelisador pregando o seu apostolado da Cathedra, si o clinico com o seu tino profissional alliviando a multidão de soffredores, dignificando com o seu saber e a sua observação o ramo de sciencia que foi sua especialidade.

Ao Prof. Sommer a classe medica argentina tem prestado as maiores e mais justas homenagens, no que sempre é acompanhada pelos scientistas do continente.

O Dr. Julián Rosende foi um batalhador modesto e recatado, pois que o seu temperamento melancolico e sensivel faziam-no evitar a notoriedade, tornavam-no esquivo sem contudo fugir ao convivio social.

Mas, os que, como eu, tiveram a felicidade de o conhecer na intimidade, sabem que elle era um grande coração. Alliava ao seu criterio profissional uma dedicação absoluta no exercicio de sua profissão.

A caridade nunca foi para elle uma palavra vã. Praticou-a sem ostentação, com alma, um sacerdocio permanente de bondade, e não só os alivios e conselhos da sciencia que prodigalisava, tambem a sua bolsa se abria, e não poucas vezes, para os clientes necessitados.

Nasceu nesta cidade em 1867, completou seus estudos em Madrid, revelando-se no estudiante, o brilhante espirito que elle foi em vida.

Dedicou-se a dermatologia e syphiligraphia em Madrid, demorando-se depois muito tempo em Paris e Berlim aperfeiçoando-se em sua especialidade, revalidando seu titulo nesta cidade em 1906.

Tomou parte em varios congressos internacionaes, onde apresentou travalhos originaes.

O eminente Prof. Brito Foresti, pode dar testemunho do valor moral e scientifico de Rosende, que foi varios annos seu Chefe de Clinica, em sua ausencia o substituia na Cathedra, e ultimamente era seu Chefe de Laboratorio.

No Pavilhão Ricord (annexo ao Hospital Maciel) seu exercicio chegara ao sacrificio pelo carinho e attenção com que attendia aos enfermos, ao mesmo tempo que colhia cuidadosamente dados de observação, nunca suficientes ao seu espirito eminentemente investigador. Fazia parte do corpo clinico de varias instituições: C. P. da Fraternidad, Ass. de Soc. Mutuos, Bom Pastor, Soc. Française de Sec. Mutuels, etc.

Morreu aos 53 annos, em 3 de dezembro do anno passado, quando mais util e proveitosa era a sua existencia.

Creio ter interpretado o pensamento dos que aqui se acham, propondo esta homenagem. "Os vivos são cada vez mais governados pelos mortos". E sob o auspicio dessa evocação, celebrando a gloria dos que se foram, faço votos para que este Congresso attinja os altos fins scientificos e humanitarios almejados pelos seus ideadores.

Proposição. — Proponho que seja lançado na acta inaugural um voto de saudade ao Prof. Baldomero Sommer e ao Dr. Julián Rosende Vallvé.

Puesta a consideración esta proposición, fué aceptada por aclamación.

El **Dr. Fernando Terra** (Río de Janeiro) se adhiere al homenaje a los caídos en nombre de la Delegación Brasileña, añadiendo a los nombres de los doctores Sommer y Rosende el del doctor Juan A. Rodríguez.

El **Dr. Gregorio Aracz Alfaro** (Buenos Aires) agradece en nombre de la Delegación Argentina el homenaje hecho por la Delegación Brasileña al Prof. Baldomero Sommer (de Buenos Aires) y se adhiere al homenaje a los doctores Julián Rosende y Juan A. Rodríguez, haciendo el elogio de la actuación de este último colega en la lucha antivenérea en el Uruguay.

El **Dr. Víctor Idoyaga** (Asunción) se adhiere a estos homenajes en nombre de la Delegación paraguaya.

El **Dr. Joaquín Gonzálcz** (México) se adhiere en nombre de México.

El **Sr. Enrique M Martín** (por Guatemala) se adhiere en nombre de Guatemala.

El Presidente agradece en nombre del Comité Organizador Central el homenaje a sus compatriotas.

El **Dr. Pedro L. Barbosa** (Asunción) propone que sean nombrados Presidentes Honorarios del Congreso los Presidentes de las Repúblicas de las naciones oficialmente representadas en el Congreso. Esta proposición fué aceptada por unanimidad, quedando por consiguiente nombrados Presidentes de Honor del Congreso:

El Excmo. Sr. Dr. Hipólito Irigoyen, Presidente de la República Argentina.
El Excmo. Sr. Bautista Saavedra, Presidente de Bolivia.
El Excmo. Sr. Dr. Epitacio da Silva Pessoa, Presidente de los Estados Unidos del Brasil.
El Excmo. Sr. Arturo Alessandri, Presidente de Chile.

El Excmo. Sr. Carlos Herrera, Presidente de la República de Guatemala.
El Excmo. Sr. General Alvaro Obregón, Presidente de la República Mexicana.
El Excmo. Sr. Dr. Manuel Gondra, Presidente de la República del Paraguay.

b) Sesión inaugural

Domingo 9 de octubre de 1921, a las 15, en el Teatro Solís

Presidencia del señor Ministro de Instrucción Pública, doctor Rodolfo Mezzera

El acto inaugural del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía fué realizado en el Teatro Solís, el 9 de octubre de 1921, a las 15, simultáneamente con el del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo.

Ocupaban el escenario el Excmo. Sr. Ministro de Instrucción Pública, doctor Rodolfo Mezzera, quien presidió el acto, el Presidente del Segundo Congreso Médico Nacional, doctor Bernardo Etchepare, el Presidente del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología, doctor José Brito Foresti, la totalidad de las Delegaciones extranjeras y un gran número de personalidades científicas uruguayas, Profesores de la Facultad de Medicina, Delegados de las Corporaciones adheridas, etc.

S. E. el señor Presidente de la República, doctor Baltasar Brum, honró esta fiesta con su presencia. La sala estaba llena de distinguida concurrencia, entre las que se notaba todo lo que más alto relieve tiene en el mundo científico, social y administrativo uruguayo.

La parte musical de la fiesta estuvo a cargo de la Banda Municipal, gentilmente cedida por el Consejo de Administración Departamental, y dirigida por el Maestro Aquiles Gubitosi.

El acto se desarrolló en esta forma:

I. Himno Nacional Uruguayo.

II. Discurso del Excmo. Sr. Ministro de Instrucción Pública, Dr. Rodolfo Mezzera

El doctor Rodolfo Mezzera pronunció un conceptuoso discurso que sentimos no poder publicar *in extenso* por faltar-

nos los originales. Elogió la obra de los Congresos y la empeñosa tarea que éstos persiguen en bien de la humanidad. Envió un saludo cordial a los Delegados Extranjeros y a los Miembros Extranjeros y Nacionales de los dos Congresos y terminó haciendo un elogio de la obra del doctor Juan A. Rodríguez, en estos términos:

"Señores: Los que estáis vinculados a la obra de defensa y de profilaxis social de que es una manifestación este Segundo Congreso de Sifilografía debéis haber pensado ya cómo se siente, cómo se lamenta, diré sin hipérbole, cómo se llora esta tarde el eco de un vacío, el rumor de una ausencia, el perfume de un recuerdo; el vacío, la ausencia y el recuerdo de quien fué entre nosotros, pensamiento y acción, nervio y empuje, bondad y belleza, amor y esperanza.

Todos sabéis de quién os hablo. Vedlo pasar de nuevo ante nosotros, con su frente amplia y descubierta, para ser bañada por la luz; con sus ojos, grandes, suaves y soñadores; con su sonrisa dulce y apacible; con su ademán, cariñoso y paternal, siempre preocupado de la suerte de los demás, jamás de la suya; siempre en guardia para descubrir todos los dolores humanos, todas las tempestades del alma y las miserias del cuerpo para prodigarles en seguida el oro puro de su corazón y el bálsamo aterciopelado de sus manos, permanentemente caritativas.

Juan Antonio Rodríguez, de recia contextura moral, brillante de inteligencia y exhuberante de bondad, tuvo como nadie la preocupación, constante y exclusiva, de nuestra profilaxis social, y sería injusto no decir que hizo de los últimos años de su vida un verdadero apostolado en la lucha porfiada contra el flagelo, y lo hizo sin subordinaciones subalternas, por el solo afán de hacer el bien y de satisfacer las ansias infinitas de su gran corazón.

Este Congreso debe iniciarse bajo la advocación del nombre de Juan Antonio Rodríguez, que es promisor de etapas fecundas en la noble tarea constructiva de ir abriendo horizontes y modelando factores capaces de sustituirnos y de superarnos en el desplazamiento de las leyes inmutables del progreso y de la vida".

III. Discurso del Dr. Bernardo Etchepare,

Presidente del Segundo Congreso Médico Nacional

Enviamos al lector a las publicaciones del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo para conocer los términos del brillante discurso del doctor Bernardo Etchepare.

IV. Discurso del doctor José Brito Foresti,

Presidente del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía

Señor Presidente de la República, Señor Ministro, Señores Delegados Extranjeros, Señores Congresistas, Señoras y Señores:

Es con la más intensa emoción que tomo la palabra en este acto, para dirigiros a vosotros, los que habéis dejado vuestras patrias para asistir a esta fiesta científica, la más cordial bienvenida en nombre del Comité Organizador del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía.

No es la primera vez que las jóvenes Repúblicas americanas celebran Congresos, y a Montevideo le ha cabido ya varias veces el honor de ser la sede de algunos de ellos. En todos ellos, la fraternidad y la ciencia americanas, unidas en íntimo connubio, nos han demostrado una vez más las intensas ambiciones de paz y de progreso comunes a toda la América.

De esa fraternidad ha nacido este Congreso. Cuando, en 1916, la República Argentina celebraba su Primer Congreso Nacional, sus organizadores tuvieron la delicada atención de invitar a un núcleo de colegas extranjeros a participar de esa fiesta nacional. En la Sección de Dermatología surgió la idea de fundar un Congreso Sudamericano de Dermatología, y el Brasil, haciendo suya esa idea, celebró en Río de Janeiro, en 1918, nuestra Primera Reunión conjuntamente con su Octavo Congreso Médico Nacional. Hoy nos toca a nosotros celebrar la Segunda Reunión conjuntamente con nuestro Segundo Congreso Médico Nacional, honrado él también con la presencia de colegas extranjeros.

Hay algo de profundamente consolador en los sentimientos de los hombres, cuando éstos se elevan del círculo de la nacionalidad para alcanzar los intereses superiores de la humanidad. El sentimiento patrio, mezcla de una comunidad de ideales, de tradiciones, de idioma y de mil otros factores, ha sido y es la fuente de tantas nobles emulaciones y de tantas nobles acciones, que su ocaso debilitaría tal vez la rápida marcha de la humanidad hacia fines mejores de bienestar moral y material. Cada Nación, con su genio particular, mira y resuelve los múltiples problemas que en

todas las esferas de la actividad se presentan diariamente a la investigación inquieta del espíritu humano y cada una le imprime a la solución de estos problemas su sello propio. En el dominio de las ciencias filosóficas y políticas, como en el dominio del arte, la diversidad de tendencias nacionales nos muestra que estas ciencias y que el arte, creados por el hombre y para el hombre, son susceptibles de aspectos diversos y de modalidades a veces diametralmente opuestas. Pero en el dominio de las ciencias físicas y naturales, la verdad está más arriba del hombre; y los hombres de ciencia, al comprenderlo así, han sentido que el círculo querido, pero limitado, de sus patrias, debía ensancharse ilimitadamente en busca de la verdad suprema. Es particularmente para nosotros los médicos que este hecho toma un relieve singular; la lucha contra el mal común, la enfermedad, nos ha reunido en un haz compacto y esta reunión de buenas voluntades y de esfuerzos es uno de los más bellos gestos de la civilización.

Es por esto, señores Congresistas, que la sala de nuestro viejo Teatro Solís se adorna una vez más con la presencia de vuestras intelectualidades y que desde mañana, en nuestro viejo Ateneo, las elevadas y calmas especulaciones científicas llenarán el ambiente con el eco simpático de vuestras palabras. Es a vosotros especialmente, señores Delegados extranjeros, que nuestro Congreso deberá el brillo que para él apetecíamos. Habéis venido de vuestras patrias para enseñarnos y para comunicarnos vuestro saber, y por ellos, nosotros los uruguayos, os estamos profundamente agradecidos. Vuestra misión es de paz y de ciencia, y por este doble título, Montevideo se siente orgulloso de recibiros. Aceptad, pues, el saludo y la bienvenida que por mi intermedio os dirige el Uruguay, y estad seguros de que este saludo y esta bienvenida tienen su mejor adorno en la sinceridad que los envuelve.

Señores Delegados Extranjeros:

Pasaréis unos cuantos días entre nosotros y dejaréis de vuestra corta presencia en esta ciudad el más exquisito recuerdo. Vuestra preciosa ciencia y vuestra preciosa amistad no escaparán nunca de nuestra memoria. Crearéis en el espíritu de vuestros colegas de mi país sentimientos de admiración y de profunda simpatía hacia vosotros. Haremos todo lo posible por hacernos dignos de esos sentimientos.

y para ello pondremos todo nuestro corazón de uruguayos. He dicho.

V. Himno Nacional Argentino.

VI. Discurso del doctor Neocle Ragusin,
Delegado del S. Gobierno Argentino

Señores:

El Gobierno Argentino al aceptar la gentil invitación del Gobierno Uruguayo, al asociarse a esta fiesta de confraternidad científica sudamericana y al nombrarnos delegados al doctor Facio y a mí, ha querido que seamos intérpretes del hondo sentimiento de amistad que profesa para todos los americanos, hijos de patrias enteramente hermanas, nacidas de una misma cuna, y mecidas por la sincera hidalguía y la alta estimación mutua que posee el latino. Vosotros que os reunís en este momento en el cónclave inicial del trabajo científico, sabréis valorar todo el sentimiento de simpatía con que mira el Gobierno Argentino y en especial su clase médica, a estas fiestas del trabajo intelectual; y nosotros somos los portadores de ese álito, que con toda seguridad flota en el ambiente y os susurrará al oído: estrechaos en un abrazo fraternal, abrazo de hermanos en la ciencia, pero más que esto, abrazo del sentimiento de la gran familia americana.

Reunidos aquí en la hidalga tierra de Artigas y de los Treinta y Tres, en esta tierra donde perduran todos los altos sentimientos que honran a la estirpe hermana, patria de grandes hombres y de héroes inmortales, vuelvo a decirlo, reunidos aquí, en esta hidalga tierra, te saludamos hermana nuestra, y glosando nuestro himno os decimos: "¡Al gran pueblo uruguayo, salud!"

Señores: Los excelsos manes de tantos héroes y sabios hijos de este suelo, velarán por el éxito de vuestro trabajo para que él sea grande y fecundo, para bien del Uruguay, de la América y de toda la humanidad.

VII. Discurso del Prof. Dr. Pedro L. Baliña,

Delegado de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de la Sociedad Dermatológica Argentina

Excmo. Señor Presidente de la República, Señor Ministro de Instrucción Pública, Señor Presidente del Comité Organizador Central del Congreso, Señor Decano de la Facultad de Medicina, Señoras, Señores:

Traigo el honroso mandato de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y de la Sociedad Dermatológica Argentina, de presentaros en este acto inaugural, con su cordial saludo, los más auspiciosos votos por el éxito del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía; votos que me es también gratísimo hacer extensivos a vuestro Segundo Congreso Nacional de Medicina, que conjuntamente iniciará sus sesiones.

Cuando al principio del año en curso, recibimos los dermatólogos argentinos la invitación del Comité Central de este Congreso para concurrir a él, fácil fué nuestra tarea para organizarnos, pues a poco de constituirse nuestro Comité Nacional y de enunciar sus propósitos, numerosos colegas se apresuraron a prestarle espontáneo concurso, adhiriéndose y aportando sus colaboraciones personales. No sólo nuestra Facultad de Medicina y nuestra Sociedad de Dermatología prestigian con decisión estos actos en que representantes de países hermanos se reunen para hacer intercambio de sus conocimientos científicos y en que al afrontar el estudio de problemas que aisladamente o en conjunto puedan interesarles, se intensifican al mismo tiempo los vínculos de confraternidad, sino que todo el Cuerpo Médico Argentino está animado de idénticos propósitos, y aprovecha cada ocasión para evidenciarlo.

Siempre hemos recordado con sentimiento, los dermatólogos argentinos, las circunstancias imprevistas que, contrariando nuestros deseos, nos impidieron asistir en la misma forma decidida con que lo hacemos a este certamen, cuando en octubre de 1918 se celebró en Río de Janeiro el Primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía. Meses antes de esa fecha, en los precisos momentos en que en nuestro país se iba a iniciar con entusiasmo la constitución del Comité local correspondiente, aconteció de manera tan imprevista como sensible, una desgracia irreparable para la familia dermatológica argentina: la desaparición del prestigioso maestro de todos los dérmato-sifiló-

grafos argentinos, el profesor Baldomero Sommer. El desconsuelo y el desaliento cundieron en nuestras filas, desbaratando los propósitos que teníamos de organizarnos para concurrir a ese primer certamen sudamericano de nuestra especialidad.

Esa circunstancia, si cabe, ha redoblado ahora nuestro empeño por concurrir con la mayor decisión y aportar nuestro mejor concurso a las deliberaciones que en este segundo certamen tendremos el honor de compartir con nuestros colegas sudamericanos de la especialidad.

El señor Profesor titular de clínica dérmato-sifilográfica de nuestra Facultad de Medicina, doctor Maximiliano Aberastury, que ha puesto toda su voluntad y dedicación para el mayor éxito de la contribución argentina, por causas que contrarían sus mejores intenciones, se ha visto imposibilitado para venir en persona a participar de estos actos.

Diversas cuestiones de interés general absorberán nuestra atención en las sesiones de este Congreso. De más de un problema, entre los que preocupan universalmente la atención de los hombres de ciencia, los médicos que aquí venimos de fuera, tendremos ocasión de ocuparnos con justiciero elogio para este país, y de alguno que en forma eficiente y ejemplar, ha sido encarado por los médicos y autoridades uruguayos, nos hemos de ocupar con preferente atención.

Títulos honrosos tiene acreditados este país, dentro y fuera de él, en el siempre palpitante problema de la profilaxis sífilo-venérea con tanto entusiasmo, tesón y eficacia perseguida por los médicos uruguayos, de consuno con sus autoridades. Lleguen, desde ya, a los trabajadores uruguayos que en esta meritísima empresa han puesto sus afanes, con las felicitaciones cordiales de los colegas argentinos, sus palabras de franco y leal estímulo para la prosecución y perfeccionamiento de la obra en que se hallan empeñados y que con tanto brillo ya han hecho efectiva.

Notamos con singular pena, en este momento, un gran claro entre el núcleo de los trabajadores empeñosos de esta obra patriótica y generosa. El que fuera mi selectísimo amigo y distinguido colega, Juan Antonio Rodríguez, acaba de ser arrebatado a la vida y al profundo afecto de cuantos le conocían. Esforzado campeón de esta benéfica cruzada, nervio y brazo infatigable de esta campaña a la que ha nutrido en todo momento con el vigor de su empuje y consagración sin medida, inspirado y sostenido siempre por altos ideales, su desaparición es una pérdida invalorable.

Su corazón altruísta dió para los demás, envuelto en su bondad ilimitada, el tesoro de su energía, agotándola para sí mismo. Proseguir su obra, imitarla en su tesón y altura, es la manera de honrar su memoria.

Señores: los médicos argentinos que asistimos a este Congreso, hemos venido a esta tierra hermana, grata y atrayente, a vivir unos días en comunión de tareas y propósitos con nuestros apreciados compañeros uruguayos. Y esta satisfacción se amplía al encontrar, además, a nuestro lado, a otros numerosos colegas, caracterizados representantes de diversos países, también hermanos, con quienes, fraternalmente, tendremos ocasión de alternar horas de labor y descanso, afianzando así nuestra vinculación entre estudiosos americanos, aspiración a cuya realización propenderemos siempre.

Señores: mis mejores votos y augurios por el éxito de las tareas que iniciamos.

VIII. Himno Nacional Boliviano.

IX. El Secretario doctor Bartolomé Vignale anuncia que, por enfermedad de un miembro de su familia, el señor Delegado de Bolivia, doctor León Velasco Blanco, no ha podido concurrir al Congreso.

X. Himno Nacional Brasileño.

XI. Discurso del Prof. Dr. Fernando Terra,

Delegado del S. Gobierno Brasileño y Presidente de la Delegación Brasileña

Ninguem diria, entre os esplendores que nos cercam, aos requintes da arte, e amavios da civilisação, que nos reunimos aqui para entender e curar tão repulsivas contingencias da natureza humana. A caridade, em todos os tempos, procurou suavisar as molestias, guiada pelo coração: incumbe a sciencia aprofundar-lhes o estudo, na mesma directriz bemfazeja. A nossa reunião de hoje, segunda que se realisa, para o estudo da Dermatologia e Syphilographia sul-americanas, dá-nos a fortuna d'este ambiente de fraternidade e de cultura, onde por todos os lados nos enlaçam e captivam os mais doces filtros da sociabilidade. Os Congressos medicos representam em sua essencia um movi-

mento collectivo da acção social, trabalhados na genese pelo esforço singular das associações e academias de cada aggremiação ou cada pôvo. Cada uma das unidades, pois, d'esta Assemblea, onde se congregam os estudiosos e as sumidades de nossa especialidade, traz sugestões definidas em beneficio de medidas geraes sobre as doenças que nos preoccupam. Representam assim as reuniões d'esta natureza, alem das simples elocubrações da arte de curar, medidas legislativas mais amplas a impressionarem os parlamentos politicos. A molestia social, por excellencia, que desde o fundo da Historia vem deprimindo a humanidade, a lues, importa menos pela therapeutica do individuo, que é muito, do que pela prophylaxia da especie, pois nenhuma outra projecta-se, mais larga e mais longa, na lethalidade da herança. Parece por una ironia da adversidade, que ella realisa o paradoxo de poupar o individuo para lhe ferir a descendencia, — multiforme, prodigiosa em effeitos maleficos, ou estancando a vida desde os primordios de seu alvorecer, do embryão, até as gerações successivas, — ou matando, deformando, attingindo o physico, desiquilibrando e desregrando a moral. No dia em que a sciencia lhe detiver os estragos, outro será o homem, mais fórte, mais bello, mais efficiente no esplendor de sua intelligencia, mais altruista em seus pendôres naturaes. A prophylaxia da syphilis constitue por si o mais fecundo programma para uma reunião d'esta ordem, e será com certeza um dos brilhantes capitulos de seus annaes. A natureza, que nos enlaça, porem, com a doçura de tamanhas sympathias punge-nos, pelo opposto, com a aggressão dos mesmos males, e a dermatologia, em sua feição caracteristica dos tropicos, não se extrema em aspectos differentes nas diversas regiões d'onde provimos. Para tal programma, tão amplo no desdobrar de nossos trabalhos, escassos diante de vós serão os tributos de meus patricios, mas unidos aos vossos, e aos dos confrades de outras regiões de nosso continente, estou certo que o 2° Congresso Americano de Dermatologia e Syphilographia não desmerecerá de seu escôpo. Alem de uma pagina de fraternidade social, que fortalecerá ainda mais os vinculos de nossa tradicional e profunda amizade, será uma nota de fraternidade humana, em beneficio dos que soffrem, cujos gemidos e cujas lagrimas se trocam aqui pelos effluvios e pelas graças d'este ambiente magnifico da civilisação sul-americana. Em nome do meu paiz, especialmente da medicina brasileira eu vos trago a reverencia de nossas homenagens e a mais grata effusão do nosso mais alto e mais intimo reconhecimento.

XII. Himno Nacional Guatemalteco.

XIII. Discurso del señor Enrique M. Martín,
Delegado oficial del Gobierno de Guatemala

Excmo. Señor Presidente de la República, Excmo. Señor Ministro de Instrucción Pública, Honorables Delegados, Señoras, Señores:

El Gobierno de Guatemala, una vez más me ha honrado confiándome su representación oficial ante esta Honorable Asamblea, respondiendo a fina invitación de la Cancillería del Uruguay.

El Gobierno, compenetrado del alto significado y utilidad que tiene esta reunión de sabios del Continente Americano que han de dictaminar medidas preventivas contra un mal que invade cada día más la sociedad, no ha querido dejar en silencio esta amable invitación y si bien la honrosa designación no ha recaído en un científico por motivos muy ajenos a su buena voluntad, mi Gobierno sabe que será minuciosamente informado de todo lo que se trate y resuelva en este Congreso y se hará honra en suscribir y poner en práctica las conclusiones que se adopten.

Al presentaros el saludo del Gobierno y pueblo guatemaltecos a quienes el Uruguay está ligado por lazos fraternos indisolubles, no hago más que renovar el sentimiento de admiración y respeto que mi país tiene por esta privilegiada región, tierra de promisión que nos ha dado tantas eminencias en todas las ramas sociales y un admirable hombre: vuestro Prócer Artigas, que es también nuestro porque somos americanos.

A las damas uruguayas que con su presencia perfuman y transforman la severidad de este acto, presento mi respetuoso homenaje.

A la juventud estudiosa un abrazo fraternal de sus colegas guatemaltecos que lamentan no haber podido hacerles vivir nuestra vida durante los festejos de nuestro Primer Centenario de Independencia.

Al retribuir el saludo del Excmo. Señor Ministro de Instrucción Pública, saludo también a los Honorables Delegados de las Naciones hermanas tan dignamente representadas aquí y formulo un voto de éxito para este Congreso de gran resonancia para nuestro continente.

XIV. Himno Nacional Mexicano.

Discurso del doctor Joaquín González,
Delegado del Gobierno Mexicano y de la Universidad Nacional de México

Excmo. Señor Presidente, Señor Ministro de Instrucción Pública, Señoras y Señores:

Es con íntima satisfacción, señores congresistas, que os traigo el saludo de los médicos de mi patria y de la Universidad Nacional de México.

Los honorables colegas que me han antecedido en el uso de la palabra, han hablado ya de la significación y trascendencia de este Congreso, que se reune hoy bajo el amparo de la bandera uruguaya y que ha sido convocado generosamente por los más eminentes médicos de la República Oriental.

Han mostrado también, cómo esta reunión hará nacer sentimientos de amistad y solidaridad verdadera, entre los hombres que en los vastos confines de la América Latina se dedican a las investigaciones científicas, infundiéndoles un nuevo vigor, una nueva esperanza a todos los que de este modo luchan por el progreso y bienestar de la humanidad.

Otros han manifestado cómo en esta ocasión en que se reunen hombres de tan distantes países, resultarán amistades y vínculos inalterables por los acontecimientos o la fortuna.

Pues bien, señores: yo os traigo algunos trabajos que demuestran el aprecio que en mi patria se tiene por esta clase de investigaciones que hoy nos reune. Seguramente algunos habrá que no merezcan distraer vuestra atención, pues tal es la ley que inflexiblemente dispone en todos los órdenes, que muchos sean los intentos de los hombres para que exista uno pujante y de verdadera utilidad. Si uno solo de ellos representa un aporte a la Ciencia y es de verdadera utilidad, no se habrá perdido el viaje que desde mi lejana patria emprendí con el fin de saludarlos y demostrarles los afectos y esperanzas que ciframos en vuestros nobles pueblos.

Por último, para terminar, diré como el gran Rodó: "que sea esta reunión como el sello estampado en un convenio de sentimientos y de ideas".

XVI. Himno Nacional Paraguayo.

XVII. Discurso del doctor Víctor Idoyaga,

Delegado del S. Gobierno Paraguayo y Presidente de la Delegación Paraguaya

Excmo. Señor Presidente, Excmos. Señores Ministros, Señor Presidente del Honorable Congreso, Señoras, Señores:

El Superior Gobierno de la República del Paraguay nos ha encomendado la gratísima misión de representarle en esta docta y sabia Asamblea, y ser portadores de su saludo fraternal al Excmo. Gobierno del Uruguay, a este Honorable Congreso y a sus nobles hermanos, los uruguayos, tan dignamente representados en este torneo científico, por el exponente más alto de su preclara intelectualidad.

No es la primera vez que los paraguayos acuden a invitación de sus hermanos, los uruguayos, a Congresos de esta índole, en donde siempre hemos sentido y vivido el calor de su amistad sincera, y gozado de los beneficios de su alta cultura científica, la cual hemos transportado siempre intacta a nuestra patria, donde el nombre de uruguayo es sinónimo de paraguayo.

Tenemos la firme convicción de que la honrosa misión que nos ha encomendado nuestro Gobierno, nos será fácil de cumplirla, no por el bagaje científico que aporta la Delegación Médica del Paraguay, sino por la forma leal y cariñosa que será acogida y estudiada la modesta colaboración que traemos, para contribuir a las deliberaciones de este Honorable Congreso, de la cual forman también parte nuestros hermanos de la América Latina.

Invitado el Cuerpo Médico Nacional del Paraguay, por el Comité Central Organizador del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, se constituyó en Asunción un Comité Paraguayo, que nos cupo el honor de presidir, para la preparación de los trabajos preliminares, pues entre los temas de preferencia del Congreso, figuran tópicos, por demás interesantes, que se relacionan estrechamente con enfermedades y afecciones que en nuestra patria tienen modalidades características, y que afectan muy de cerca, no solamente la salud de nuestra raza, sino de varias naciones americanas, que fraternizan con nosotros en este momento, por la representación autorizada de sus médicos eminentes.

Y no podía ser mejor elegida la sede de nuestras deliberaciones, la noble y hospitalaria ciudad de Montevideo, que

en materia sanitaria marcha en vanguardia de sus hermanas de América, y que en cuestiones de medicina social constituye el exponente más avanzado de la ciencia médica americana, siendo la primera ciudad de la América del Sur que ha instalado Dispensarios para la profilaxis y el tratamiento moderno de las afecciones venéreas.

Las grandes etapas de la sifilografía moderna han recibido un impulso notable en estas dos últimas décadas, gracias a los nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que la ciencia médica ha puesto a su disposición, por los genios de Schaudinn-Hoffman, Wassermann, Erlich, Jeanselme, Ravaut y otros no menos ilustres de la pléyade científica contemporánea, que tan dignos colaboradores tienen en el cuerpo médico uruguayo.

Los Congresos de Venereología se van sucediendo igualmente a muy cortos intervalos, como estimulados por estos factores, llegando a conclusiones cada día más eficaces y beneficiosas para los desheredados enfermos de estas afecciones. Y la lucha social se intensifica igualmente como corolario de estas conclusiones, pues los certámenes médicos actuales no constituyen hoy día meros pretextos de acercamientos protocolares entre médicos de diferentes nacionalidades, sino finalidades más prácticas y utilitarias para la sociedad y para la humanidad.

Tenemos en nuestra América, especialmente en los países del Centro y del Sud, afecciones peculiares a la raza, afecciones que por su rareza en los otros continentes, no han llamado hasta hoy a la investigación y al estudio detenido de sus médicos y de sus sabios.

A nosotros, pues, nos corresponde, y especialmente a esta Honorable Asamblea, el abordar y encarar de una vez estos grandes problemas y llegar a conclusiones definitivas para bien de nuestros países y de la Humanidad.

Y al formular nuestros votos muy sinceros por el éxito de las deliberaciones de este Congreso, reiteramos el saludo del S. Gobierno, de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción y de la Sanidad del Ejército del Paraguay, a este noble país, demasiado caro a todos los corazones de nuestra patria. — He terminado.

XVIII. Discurso del Dr. Carlos Silva,

Delegado de la Sociedad Médica del Paraguay

Señor Presidente, Señores Congresales:

La Sociedad Médica del Paraguay, cuya representación traigo a esta Honorable Asamblea de sabios, renueva por mí intermedio los invariables sentimientos de amistad y cariño que nos unen.

Hemos venido a esta hospitalaria tierra del Uruguay, trayendo de nuestra patria, el Paraguay, un mensaje de inmensa simpatía y un voto de alto ideal americano.

Este Congreso que hoy se reune en la Capital de la República marca el punto alto en la ascensión constante hacia las colaboraciones nobles y representa el titánico esfuerzo de esta Nación que no descansa en su empeño de mejorar la condición humana.

Científicos en la acepción amplia del vocablo, modernos en todas las manifestaciones de la actividad humana, justo es reconocer que vuestras instituciones sociales están impregnadas del nuevo y elevado espíritu de solidaridad humana, y constituyen modelos de estudio, de ejemplo y de estímulo.

Ningún país americano ha realizado en tan corto tiempo los progresos sociales y políticos resueltos por el Uruguay, ninguno ha abierto sus puertas generosa y espontánea a los soplos vivificantes de las ideas modernas, ninguno, en fin, ha consagrado conquistas alcanzadas con las disciplinas de las ciencias naturales y biológicas, conquistas a las que seguirán, sin duda, muchas igualmente nobles e igualmente sabias basadas en el más elevado sentimiento de justicia. Y nada más placentero al alma del Paraguay que la nobilísima idea de contribuir en esta hermosa tierra a la solución de problemas que afectan el porvenir de la Humanidad.

Al aseguraros que mi patria acepta sin reservas vuestra orientación científica, yo quisiera saludar en su nombre a esta tierra generosa y manifestarles toda la admiración, el cariño y el respeto que mi patria siente por la vuestra, cuya pujanza y espíritu de justicia y progreso constituyen el más alto, el más hermoso timbre de gloria.

Señor Presidente, Señores Delegados:

En nombre de mis compañeros de Delegación, saludo a los señores representantes de los Poderes Públicos, a los

señores del Comité Organizador de este Congreso, a los señores Delegados de las otras Naciones y formulo cordiales votos por el éxito de este Congreso, por la creciente felicidad y progreso de este país y por que de las deliberaciones de aquí surja fortalecido el espiritu de solidaridad americana. — He dicho.

XIX. Massenet, "Phèdre", Sinfonía, por la Banda Municipal.

XX. Discurso del Delegado de los Médicos Veterinarios, doctor Dionisio Mendy.

XXI. Discurso del Delegado de los Farmacéuticos, señor Héctor Fontana.

Enviamos al lector a las publicaciones del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo para conocer los bellos términos de los dos discursos que cerraron el acto.

c) Sesión preparatoria de clausura

Domingo 16 de octubre de 1921, a las 10 —Salón A del Ateneo de Montevideo

Presidencia del doctor José Brito Foresti (Montevideo)

Secretario de Sesiones doctor Máximo Halty (Montevideo)

Votos

Abierta la sesión, fueron leídos los votos presentados en las distintas sesiones. El lector encontrará estos votos más adelante, en el párrafo V de la Primera Parte de este volumen.

El **Dr. Bartolomé Vignale** pide que se deje constancia de que estos votos han sido aprobados por unanimidad.

Homenaje al doctor Juan A. Rodríguez

El Secretario lee la siguiente comunicación del **Dr. Joaquín González**, de México:

Al señor Presidente del Congreso de Dermatología y Sifilografía.
Presente.

Atentamente suplico, señor Presidente, que si para ello no hay inconveniente, se le dé el trámite debido a la siguiente proposición:

Señores:

Habiendo considerado detenidamente la obra del doctor don Juan Antonio Rodríguez, en su labor en favor de la depuración social, que de una manera tan manifiesta y trascendente redunda en pro de la dicha del pueblo uruguayo, nosotros, tan vinculados a él, que consideramos como un bien propio cuanto contribuya a su dicha, proponemos que se rinda un homenaje a su memoria, y que de un modo perdurable atestigüe a través de las generaciones, la gratitud que en América se rinde a los hombres que desinteresadamente ponen a su servicio sus cualidades de inteligencia, de bondad y de carácter.

Ha sido costumbre hasta hoy entre nuestros pueblos, que se dediquen monumentos de mármoles y bronces a hombres o acciones de dudosa virtud y dudosa conveniencia para la dicha de la humanidad.

Hoy queremos que se rinda un homenaje de amor, de admiración y de gratitud, al hombre que con desinterés puso toda su alma en contribución a la dicha de su Patria.

Por eso propongo que se le dedique una placa de bronce o de mármol, con esta inscripción:

"Al doctor don Juan Antonio Rodríguez, en testimonio de gratitud, de admiración y de cariño, por haber consagrado las dotes de su inteligencia, de su bondad y de su carácter, a la dicha de su Patria. Los Delegados al Segundo Congreso de Dermatología y Sifilografía."

Montevideo, a 14 de octubre de 1921.

El Delegado por México,
Joaquín González.

Este homenaje se vota por unanimidad de todas las Delegaciones Extranjeras y de los Adherentes Uruguayos.

Sede y fecha del Tercer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía

La Delegación Brasileña presenta una propuesta firmada por los **Dres. Aloysio de Castro, Fernando Terra, Adolpho Lutz** y **Oscar da Silva Araujo**, así redactada:

"Propõmos que o 3° Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligraphia se realise, em epocha opportunamente determinada, na cidade de Buenos Aires, ficando encarregadas de sua organisação os Prof. Maximiliano Aberastury e demas membros da Delegação Argentina neste Congresso".

El **Dr. Bartolomé Vignale** (Montevideo) propone que, aceptada la ciudad de Buenos Aires como sede del Tercer Congreso de Dermatología y Sifilografía, éste se realice dentro de tres años.

El **Sr. Enrique M. Martín**, Delegado del Gobierno de Guatemala, ofrece en nombre de su Gobierno la ciudad de Guatemala para sede del próximo Congreso.

Las Delegaciones Mexicana y Paraguaya se adhieren a la proposición de la Delegación Brasileña y a la proposición del **Dr. Vignale**, las que son votadas por unanimidad.

El **Sr. Enrique M. Martín** se adhiere al voto aprobado en el sentido de que la sede del Tercer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía sea Buenos Aires, tanto más que comprende las dificultades que existirían para que las delegaciones fueran hasta Guatemala; pero quiere que quede constancia de que su Gobierno ha ofrecido sincera y desinteresadamente la ciudad de Guatemala.

En consecuencia, **el Tercer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se realizará en la ciudad de Buenos Aires, en 1924.**

El **Dr. Neocle Ragusin**, Presidente de la Delegación Argentina, agradece la designación de Buenos Aires para sede del próximo Congreso, en nombre del Gobierno y de la Delegación Argentina, y declara que recibirán gustosos las delegaciones de las naciones hermanas.

El **Dr. José Brito Foresti**, Presidente del Comité Central Organizador, propone un voto de aplauso y de agradecimiento por la gentil oferta del Gobierno de Guatemala.

Este voto es aceptado por aclamación; la Mesa ruega entonces al **Sr. Martín** quiera comunicar este voto a su Gobierno.

Telegramas de Guatemala

El **Sr. Enrique M. Martín**, Cónsul General de Guatemala y Delegado del Gobierno de Guatemala al Congreso comunica haber recibido de su Gobierno los dos telegramas siguientes:

"13 octubre 1921. — Martín, Cónsul Guatemala. — Montevideo. — Suplícole agradecer honrosa distinción a Guatemala. Formulo votos éxito deliberaciones Congreso Dermatología y Sifilografía. — Carlos Herrera, Presidente República".

"19 octubre 1921. — Congreso Dermatológico. — Montevideo. — Gobierno Guatemalteco estima altamente distinción otorgada Jefe Estado Guatemala Herrera y Cónsul Martín. — Aguirre".

Conferencia Sudamericana de la Lepra

La Mesa comunica haber recibido la siguiente carta del Prof. Adolpho Lindenberg (de San Pablo):

Excellentissimo senhor Presidente do II Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligraphia, Prof. Dr. José Brito Foresti.

Pela leitura que fiz do segundo boletim desse Congresso, vejo que a questão da lepra vae occupar a distincta attenção dos meus illustrados collegas, de um modo especial.

É hoje na nossa especialidade o assumpto que mais me preocupa, e creio que o mesmo se dá com a maior parte dos medicos que exercem a dermatologia na America do Sul.

Não tendo podido comparecer pessoalmente a esse certamen, por motivos alheios a minha vontade, venho, entretanto, trazer o meu contingente embóra modesto, sob a forma de uma proposta relativa ao problema da lepra na America do Sul, e para a qual tenho a honra de chamar a attenção de V. Excia., pedindo-lhe que a recommende a consideração dos senhores Congressistas.

Como sabe V. Excia., era a Conferencia da Lepra, que se reunia de dez em dez annos, em varios paizes europeos, sendo a ultima vez

em Bergen, na Noruega, em 1907, o centro para onde convergiam todas as contribuições scientificas para a solução do magno problema, e donde emanavam sob a forma de sabias conclusões, conceitos de grande valor, porquanto representavam a synthese das opiniões dos mais abalisados leprologos do mundo.

É assim que justamente dessa ultima conferencia de Bergen resultou o conceito da **não incurabilidade da lepra**, que foi sem duvida o ponto de partida para as muitas tentativas de tratamento scientifico da molestia, das quaes algumas com exito actualmente comprovado.

A conferencia de 1917 deveria reunir-se em Sarajevo, na então Austria-Hungria, o que não se fez em virtude da grande guerra, da qual alem de outras, foi victima essa nobre e scientifica instituição.

Ora, o problema da lepra é, na America do Sul, cada vez mais urgente.

Esta situação premente tem justamente a sua expressão mais eloquente no projecto de uma Liga Pan-Americana Antileprosa, do Dr. Luis Zanotti Cavazzoni, tão justamente suffragado pelo Comité Nacional do Paraguay, e que com certeza vae encontrar a mais decidido apoio, por parte do Congresso de Dermatologia.

Acho, da minha parte, que a feição eminentemente particularista, que assume o problema da lepra, na America do Sul, em virtude da grande disseminação da molestia, das difficuldades de um recenceamento e das condições financeiras generalmente difficeis, nos obriga a um travalho preliminar, em que mais de perto pudessemos trocar idéas e precisar detalhes do plano de acção. Por isso, eu lembraria que como trabalho preparatorio para a constituição da Liga Antileprosa ou de qualquer outra providencia, nós convocassemos uma Conferencia Sul Americana da Lepra, nos moldes da Conferencia Internacional. cuja ultima secção foi em Bergen em 1907, e que parece ter-se extincto.

Na qualidade de adherente ao Congresso de Dermatologia de Montevideu, proponho, portanto, que o mesmo promova a convocação de uma Conferencia Sul-Americana da Lepra, cujo programma e ponto de reunião será indicados pelo Congresso e que se reunirá já no anno proximo.

Com a maxima estima e consideração, sou seu collega admirador,

Dr. Adolpho Lindenberg.
Professor de Dermatología da Faculdade
de Medicina de São Paulo, Brazil.

El **Dr. Fernando Terra** (de Río de Janeiro) formula la proposición siguiente:

"En nome do meu collega e patricio o Prof. Adolpho Lin-

denberg, Professor de Dermatologia de São Paulo, proponho que se reuna uma Conferencia de Lepra entre os paizes latino americanos destinada a pôr en acção os necessarios meios afim de se os expurgar de tão grande mal''.

El **Dr. Neocle Ragusin** en nombre de la Delegación Argentina propone la ciudad de Río de Janeiro como sede de la Conferencia Internacional de la Lepra y como fecha el año 1922 y propone el voto siguiente:

''El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía aconseja a los Gobiernos de los países Latino-Americanos con la mayor decisión y como medida urgente, que se organice autónomamente la campaña antileprosa y que para ello se inspiren en las medidas aconsejadas en las Conferencias internacionales de la Lepra, las que puestas en práctica con óptimos resultados por diversos países han sido también adoptadas en Colombia, Paraguay y Brasil, en Sud América''.

Añade que, por el afecto que la Argentina tiene por el Brasil y por su ilustrada preparación sobre el tema, propone al Congreso que el Primer Congreso Latino-Americano de la Lepra, de acuerdo con lo propuesto por el Profesor Lindenberg, sea apoyado por el voto unánime de este Congreso.

La Mesa da lectura al Proyecto del **Dr. Luis Zanotti Cavazzoni** (de Asunción) Profesor de Dermatología y Sifilografía en la Facultad de Medicina de la Asunción, sobre la organización de la Liga Panamericana Antileprosa. El lector encontrará este proyecto, que fué votado y aprobado por el Congreso, en el párrafo V de la Primera Parte de este volumen (Véanse ''Votos del Congreso'').

El **Dr. Víctor Idoyaga**, en nombre de la Delegación Paraguaya, propone que el Comité Organizador esté constituído por el actual Comité Nacional Brasileño.

El **Dr. Fernando Abente Haedo** pide que este Comité se complete con la designación del Prof. Lindenberg.

El **Dr. Oscar da Silva Araujo** (Río de Janeiro) propone que el Comité sea integrado con el Departamento de Salud Pública Brasileño.

El **Dr. Fernando Abente Haedo** dice que no se puede nombrar al Departamento de Salud Pública para la organización del Congreso de la Lepra, pero solamente sugerirlo, completando el Comité Organizador la actual Delegación Brasileña y el Prof. Lindenberg.

Puestas en discusión estas mociones, se aprueba la creación de la Conferencia Latino-Americana de la Lepra, que será organizada por los miembros actuales de la Delegación Brasileña, por el Prof. Lindenberg (de San Paulo) y por el Departamento de Salud Pública Brasileño.

En consecuencia, **la Primera Conferencia Latino-Americana de la Lepra se realizará en Río de Janeiro en 1922.**

El **Dr. Adolpho Lutz** (de Río de Janeiro) en nombre de la Delegación Brasileña agradece la designación de Río y declara que esa deferencia será uno de los más gratos recuerdos que lleva del actual Congreso.

d) Sesión de clausura

Domingo 16 de octubre de 1921, a las 15 —Salón de Actos Públicos de la Facultad de Medicina

Presidencia del doctor Manuel Quintela
Decano de la Facultad de Medicina

La Sesión de clausura del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se realizó, conjuntamente con la Sesión de clausura del Segundo Congreso Médico Nacional, en el Salón de Actos Públicos de la Facultad de Medicina. Ocupaban el estrado el doctor Manuel Quintela, Decano de Facultad, los Presidentes y los Comités de los dos Congresos y los Delegados Extranjeros. En la sala se hallaban reunidos gran número de adherentes a los dos Congresos, Profesores de la Facultad, etc.

El acto comenzó por el discurso del **Dr. Antonio S. Viana,** en nombre del Comité Organizador del Segundo Congreso Médico Nacional. El lector encontrará en las publicaciones de ese Congreso los términos del brillante discurso del doctor Viana.

En seguida tomó la palabra el **Dr. Héctor del Campo,** Vicepresidente del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, pronunciando el siguiente

Discurso del doctor Héctor del Campo,
Vicepresidente del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía

Señores:

En nombre del Comité Organizador, declaro clausurado el Segundo Congreso de Dermatología y Sifilografía.

Podemos estar satisfechos de la intensa labor realizada, como de los fecundos resultados y vastas proyecciones que, para la ciencia médica americana, contienen las conclusiones votadas y las proposiciones hechas.

Y estas afirmaciones no son arrancadas por razones protocolares o por manifiesta simpatía. No: es la expresión fiel del sentir de todos los que hemos colaborado en esta justa del intelecto; es una verdad inmensa que surge, a poco que se analice la ardua y meritoria labor realizada por este Congreso. Quien haya asistido a sus sesiones, habrá podido apreciar en todo su valor el alto espíritu de investigación y de estudio que inspiró y gestó cada uno de los trabajos comentados, y al hacer justicia distributiva, podría decirse que el más pequeño de ellos llevaba como compensación el sello de una consagración metódica y razonada.

Por encima de todo, esfumándose fronteras, una armónica orientación de ideales y propósitos.

Como una aspiración unánime en latencia, como finalidad loable superior, hemos podido manifestar el ardiente deseo de conseguir para la ciencia médica americana el sitial de honor que le corresponde, por la capacidad de los que la practican, por la sabia orientación que cada uno de nuestros investigadores ha impreso a sus iniciativas y trabajos.

Nos hemos nutrido hasta hoy con las conquistas que dentro del terreno científico han hecho los grandes maestros extraños a América: pero es necesario que estos Congresos tengan la virtud de despertar energías y estimularnos a todos a fin de que sepamos arrancar el secreto de males que son exclusivamente nuestros, y hacernos así acreedores al título a que aspira la Medicina Americana.

Ha tenido este Congreso, como finalidad más hermosa, la confraternización de los representantes de tantos países

hermanos. Sin recato, con la sinceridad con que deben ir impresas manifestaciones de este orden, como expresión fiel del sentir de todos nosotros los uruguayos, debemos declarar en tono bien alto, que los Gobiernos extranjeros han tenido el gesto clarovidente, el sabio instinto de elección, al enviarnos Delegaciones como las presentes, integradas por profesionales de mérito incalculable, de preparación tan vasta y profunda, animadas de un espíritu fraternal, sin prejuicios, sin dobleces, todo ciencia, todo carácter, todo americanismo.

Debemos felicitarnos de los honrosos mensajeros del saber, que a pesar de la distancia, han querido aportar a este Congreso todo su bagaje científico, traducido en un inmenso caudal de experiencia y conocimientos. Y agradecidos estamos de la entusiasta colaboración prestada, de la enseñanza recogida, de las sensatas resoluciones tomadas.

Felicitemos a los países representados por tener entre su Cuerpo Médico elementos de tan alto exponente moral e intelectual y digamos a tan ilustres Congresistas, que no inútilmente cúpoles tan honrosa distinción pues por la brillante actuación tenida, han confirmado el alto concepto que en sus patrias les merecen.

Sepan, señores Congresistas, que entre sus compañeros del Uruguay, dejan muchos amigos, pues han sabido despertar toda una gama de afectos y sinceros sentimientos.

En nombre del Comité Organizador del Segundo Congreso de Dermatología y Sifilografía agradezco vuestro apoyo moral, vuestra entusiasta colaboración, vuestras luces, aportadas para el mayor brillo de este Congreso.

Tomó la palabra luego el doctor **Neocle Ragusin** (de Buenos Aires), Delegado del Gobierno Argentino, quien había sido encargado por las demás Delegaciones Extranjeras al Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, de hablar en nombre de todas ellas, pronunciando el siguiente

Discurso del doctor Neocle Ragusin,

Delegado del S. Gobierno Argentino, en nombre de los Delegados Extranjeros

Señor Decano de la Facultad de Medicina, Señores Presidentes de los Congresos, Señores:

Ha llegado el momento solemne de las conclusiones, el momento en el cual se llega a finalizar toda la labor desarrollada en esta semana de febril actividad científica, posiblemente no igualada y que perdurará en nuestra memoria como el sello imperecedero del connubio de la ciencia americana, tan grande, tan noble y tan altruísta.

Señores: Hace apenas una semana, en el viejo Solís, bajo los mejores auspicios, fueron inauguradas las sesiones de estos dos Congresos, y nos propusimos trabajar bajo la tranquila paz y a la sombra de esa bandera, que semejante a la mía, ha tomado el blanco y el celeste para divisa de una libertad, celeste y blanco arrebatados al cielo, puros y sublimes como él.

He oído decir, señores: "si no queréis hacer nada, haced un Congreso", ¡qué ironía!; poned la mano sobre el corazón, pensad hondo y sinceramente, y veréis cuántas cosas hemos aprendido, cuántas cosas han sido aclaradas, y cuántos beneficios aportarán estos conocimientos para bien de los enfermos.

Acaso, señores, el estudio de la profilaxis de las enfermedades venéreas y de la lepra, plagas inmerecidas, a las cuales la humanidad paga un tributo espantoso, ¿no merece llamar un momento nuestra atención, no merece que hagamos un paréntesis en nuestras actividades, para sentir y expresar todo el dolor que ellas causan, todo el mal que ellas producen, trayendo tras sí, la muerte de un hijo, la de la esposa querida, la de la familia, más aún: la de la humanidad?

Sí, señores: la de la humanidad, porque, doloroso es decirlo, la humanidad deperece por la culpa de esas enfermedades.

Señores: al placer del bien cumplido, a la alegría que sigue al trabajo honrado, y que a fe podemos decir que ha sido bien grande, nos seguirá desde este momento un sentimiento de dolor, pues no ha de ser todo placer en esta vida: los mismos dolores que nosotros combatimos, aquellos por los cuales tanto hemos bregado en esta lid científica, tan brillante, tan altamente honrada, tan llena de bellas y

sublimes intenciones; ¿acaso no han sido precedidos por un estado de bienestar, por un estado de placer de vivir, por vivir la vida misma? Por eso, señores, hoy entramos en el dolor, que es el sentimiento que nos causa la idea de la separación, del mañana, del adiós que no ha de ser para siempre, pero que implica una tregua en nuestras relaciones personales.

Las delegaciones Brasileña, Mejicana, de Guatemala, del Paraguay, han querido que yo las represente en este momento simbólico, todos me encargan que os dé las más efusivas expresiones de gratitud y de inquebrantable amistad.

Señores: Mañana partiremos para nuestras patrias, partiremos para nuestros hogares, hacia nuestras santas esposas y madres, y a ellas les contaremos cuán hombres son los hijos del Uruguay, cuán altivos en sus pensamientos, cuán hermosos en sus sentimientos y cuán obligados nos dejan hacia ellos, por sus gentilezas, sus innúmeras amabilidades, su cariño fraternal y su bondad infinita.

Yo no sé, señores, si he podido interpretar el sentimiento que se ha desarrollado en nosotros hacia ustedes, y al despedirnos, y al daros las gracias por vuestras innúmeras amabilidades, deseamos para el Uruguay, su Gobierno y sus médicos, un sinnúmero de felicidades.

El acto siguió con un conceptuoso discurso del **Dr. Clivio Naric,** Secretario del Segundo Congreso Médico Nacional, en el que puso de manifiesto la intensa labor realizada por este Congreso. Enviamos al lector a las publicaciones de este Congreso para conocer los términos del discurso del Dr. Clivio Nario. El acto terminó con un bello discurso del **Dr. José Lópsz Lindner** en nombre de los Médicos Veterinarios. Enviamos igualmente al lector a las publicaciones del Congreso Nacional para conocer los términos del discurso del doctor López Lindner.

IV. VISITAS, FIESTAS Y CONFERENCIAS

a) Visita a la Facultad de Medicina.
b) Visita a la Casa de la Maternidad.
c) Visita y almuerzo en el Frigorífico Swift. Barrio Casabó.
d) Visita al Hospital Militar.
e) Reunión en el Hipódromo de Maroñas.
f) Banquete de Confraternidad Médica.
g) Recepción en el Club Médico.
h) Visita al Cuerpo Médico Escolar.
i) Visita a la Facultad de Veterinaria.
j) Conferencia del doctor Oscar da Silva Araujo en la Facultad de Medicina.
k) Banquete ofrecido por S. E. el Ministro de Relaciones Exteriores a los Delegados Extranjeros de los dos Congresos.

a) Visita a la Facultad de Medicina

Lunes 10 de octubre de 1921, a las 9

Un gran número de Miembros del Segundo Congreso Médico Nacional y del Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía visitaron el 10 de octubre el edificio de la Facultad de Medicina. En ausencia del doctor Manuel Quintela, Decano de la Facultad, que no se hallaba en Montevideo, fueron recibidos los visitantes por los Profesores y Miembros del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina doctores Gerardo Arrizabalaga y Pablo Seremini. Fueron visitadas todas las dependencias de la Facultad, los salones de Cursos, la Sala de Disección, los laboratorios de Fisiología, el Museo de Anatomía Patológica, la Biblioteca, la "Morgue", etc.

b) Visita a la Casa de la Maternidad

Lunes 10 de octubre de 1921, a las 10 y 30

Presentes los Comités Ejecutivos de ambos Congresos y un buen número de congresistas, el 10 de octubre tuvo lugar la visita a las instalaciones de la Casa de la Maternidad, que fueron recorridas en detalle, recibiendo los asistentes todos los datos sobre su funcionamiento proporcionados por el personal de ambas Clínicas Obstétricas de la Facultad de Medicina y del Servicio de Protección Maternal.

Terminada la visita la concurrencia se trasladó al anfiteatro de cursos en el que se llevó a cabo el programa de trabajos establecido.

El Profesor Turenne presentó sucesivamente las enfermas y comentó las historias clínicas correspondientes a: un caso de operación cesárea por eclampsia, un embarazo angular con expulsión del feto después del raspado uterino, una septicemia por streptococcus hemolítico tratada por inyecciones intravenosas de peptona y seguida de curación, y un caso de acondroplasia materna y fetal, acompañando esta última demostración de fotografías y radiografías de la madre y de la hija.

El Profesor Pou Orfila presentó una operada reciente de pubiotomía reservando ampliar sus consideraciones en la sesión que esa tarde celebraría la Seción de Ginecotocología.

Terminada esta parte del programa, el doctor Colistro dió lectura a una comunicación en colaboración con el doctor Canzani sobre: Consideraciones sobre diagnóstico del embarazo ectópico, continuando el Br. Estol con un trabajo en colaboración con el doctor Hormaeche sobre el estudio bacteriológico de un caso de Septicemia gangrenosa puerperal. Esta lectura se acompañó de proyecciones de preparaciones y de animales inyectados.

Dió fin al acto el Profesor Turenne dando lectura a un trabajo sobre: Nuevos casos de encefalitis epidémica en el período grávido puerperal.

c) Visita y almuerzo en el Frigorífico Swift—Barrio Casabó

Martes 11 de octubre de 1921, a las 9

Galantemente invitados por la Compañía Swift de Montevideo, un gran número de Miembros de los dos Congresos

se trasladaron, en vaporcitos puestos a su disposición por la Compañía, al espléndido establecimiento situado en el Cerro, en las inmediaciones del antiguo Dique Cibils. Fueron recibidos con exquisita amabilidad por el señor Leo L. Daly, Director de la Compañía y sus colaboradores. Todas las dependencias de este vasto establecimiento, que es una verdadera pequeña ciudad y donde, en los años de la gran guerra, han llegado a trabajar hasta 17,000 obreros, fueron visitadas en detalle. Las máquinas productoras de energía eléctrica que anima a todo el establecimiento, los mataderos, los departamentos de elaboración de la carne y otros productos, los departamentos de fabricación de envases, la fabricación de conservas, las grandes cámaras frigoríficas donde reina una temperatura constante de 6 grados bajo cero, los departamentos de verificación del acondicionamiento de las conservas, todo esto fué visto en detalle, y los visitantes pudieron apreciar las excelentes condiciones de higiene que presiden en ese establecimiento a la industria de las materias alimenticias, desde las condiciones de higiene del edificio y aparatos hasta las condiciones de higiene personal de los obreros y obreras.

Fueron visitados, por último, el Pabellón de Inspección Sanitaria Animal anexo al establecimiento y la pequeña enfermería, donde los obreros accidentalmente heridos reciben los primeros cuidados.

Terminada la visita, los congresistas fueron invitados a un excelente almuerzo en el "Chimont Club" (la palabra Chimont se halla formada por las primeras sílabas de las palabras Chicago y Montevideo) anexo al establecimiento. Al fin de la comida, tomó la palabra el doctor Mario Acevedo, Jefe del Servicio Veterinario Interno del Frigorífico Swift, en nombre del señor Leo L. Daly, ofreciendo el almuerzo y haciendo una breve reseña histórica del establecimiento. Estas palabras fueron contestadas, en nombre de los invitados, por el doctor Pedro Seoane, Jefe de la Sección Industria Animal de la Policía Sanitaria Animal. Todos los visitantes conservan de esta visita el más grato recuerdo.

Terminado el almuerzo, un grupo de congresistas fueron invitados a visitar el **Barrio Jardín "Antonio Casabó"**, barrio obrero situado también en el Cerro y constituído por unas 250 casitas confortablemente distribuídas y que los obreros pueden adquirir en condiciones económicas muy

ventajosas. La idea de la construcción de este barrio fué del señor Antonio Casabó, del alto comercio de Montevideo, y del arquitecto señor Carlos Pérez Montero, y la dirección técnica fué confiada al distinguido Ingeniero señor Donato Gaminara, quien, con su habitual cortesía, acompañó a los visitantes a conocer los detalles de las elegantes casitas. Las hay de varios tipos, de 4, 3 y 2 piezas con cuarto de baño y cocina, jardín y huerta; en todo ocupando un área de 240 metros cuadrados. Todas las casas están provistas de caño colector, aguas corrientes, luz eléctrica; las calles del barrio son macadanizadas. El costo de cada casa varía de 2,000 a 2,600 $ al contado; pero pueden adquirirse pagando módicas cuotas al contado y el resto en mensualidades de 7 a 9 pesos. Es una feliz idea que tiende a resolver el problema de la vivienda barata.

d) Visita al Hospital Militar

Miércoles 12 de octubre de 1921, a las 9

Galantemente invitados por el Director General de Sanidad Militar, doctor Augusto Turenne, los Miembros de los dos Congresos hicieron una visita detenida a este establecimiento, recorriendo sucesivamente las Salas de enfermos y sus dependencias, las Salas de operaciones, las Policlínicas y los nuevos Pabellones en construcción. La visita al Hospital Militar fué precedida por una visita a la Dirección General de la Sanidad Militar, donde los invitados fueron recibidos por los Miembros del Consejo de Sanidad Militar.

Los doctores Eduardo Blanco Acevedo y Alberto Mañé operaron en presencia de los invitados dos casos de hernia; el doctor Blanco Acevedo practicó una operación sobre el paquete vásculo-nervioso axilar y el doctor Pedro Escuder Núñez presentó un caso de sífilis secundaria, que tenía reacciones meníngeas precediendo a las lesiones cutáneas.

e) Reunión en el Hipódromo de Maroñas

Miércoles 12 de octubre de 1921, a las 14.30

La Comisión del Jockey Club, con la galantería que le es habitual, ofreció a los Miembros de los dos Congresos una

reunión en el Hipódromo Nacional de Maroñas, el Miércoles 12 de octubre, día de la Raza.

Los congresistas fueron recibidos con su exquisita amabilidad por el señor Presidente del Jockey Club, Ingeniero José Serrato, quien acompañó a los visitantes a conocer las dependencias del hermoso centro social y sportivo. Las carreras se desarrollaron según el programa oficial y en medio de la mayor animación. Una vez terminadas éstas, el señor Presidente ofreció a los invitados un té en el comedor del Pabellón de los Socios. Fué una tarde de gratos recuerdos para todos.

f) Banquete de Confraternidad Médica

Miércoles 12 de octubre de 1921, a las 21, en el Hotel Lanata

En medio de un ambiente de franca cordialidad se efectuó el Banquete de Confraternidad Médica, banquete al que fueron invitados los Miembros Extranjeros de los dos Congresos por sus colegas Uruguayos. La cabecera de la Mesa fué ocupada por los dos Presidentes de los dos Congresos, los doctores Etchepare y Brito Foresti, y por los Delegados Extranjeros. Alrededor de un centenar de comensales se sentaron alrededor de una mesa artísticamente arreglada. Al finalizar la comida, el doctor Infantozzi, Vicepresidente del Congreso Médico Nacional, pronunció un elegante **speech** en el que la nota alegre y sana se armonizó con las amables circunstancias del momento, contestando en la misma forma y con muy fina espiritualidad el doctor Aloysio de Castro, de Río de Janeiro.

g) Recepción en el Club Médico

Jueves 13 de octubre de 1921, a las 18

Las Comisiones Directivas del Club Médico del Uruguay y del Sindicato Médico del Uruguay tuvieron la deferencia de invitar a los Congresistas de ambos Congresos a una recepción en el local que ocupa ese centro social. Fueron recibidos muy cortesmente por su Presidente, el doctor Augusto Turenne y por los demás Miembros de su Comisión Directiva. Después de haber departido confraternalmente y

de haber visitado las salas del centro, los Congresistas fueron invitados a un **lunch**, ofrecido en nombre del Club por el doctor Augusto Turenne, al que contestó, en una brillante improvisación, el doctor Oscar da Silva Araujo (de Río de Janeiro). La fiesta terminó en medio de la mayor animación.

h) Visita al Cuerpo Médico Escolar

Viernes 14 de octubre de 1921, a las 9

El Cuerpo Médico Escolar tuvo la feliz idea de invitar a los Miembros de los dos Congresos a visitar este establecimiento. Fueron recibidos por el Director del Cuerpo Médico Escolar, doctor Rafael Schiaffino, y sus colaboradores, quienes, con exquisita cortesía, mostraron a los visitantes las distintas reparticiones del establecimiento, donde reciben asistencia los maestros y alumnos; las salas, las policlínicas, el servicio dentario y demás dependencias de esta repartición. Les fueron distribuídos a los visitantes carteles y folletos con las indicaciones de la organización del establecimiento y los detalles del funcionamiento de sus diferentes servicios.

i) Visita a la Facultad de Veterinaria

Viernes 14 de octubre de 1921, a las 10

El señor Decano de la Facultad de Veterinaria, doctor Domingo Mendy, invitó a los Miembros de los dos Congresos a efectuar una visita a la Facultad de Veterinaria, nuestro importante establecimiento que tantos beneficios reporta a la principal industria de nuestro país: la ganadería. Con extremada amabilidad y acompañado de sus colaboradores, el doctor Mendy acompañó a los Congresistas a la visita de de las salas de cursos, a la Biblioteca, a las Enfermerías, al magnífico Museo de Anatomía Patológica creado por el doctor Kurt Wolfhügel, al Servicio de Bacteriología, al Jardín Botánico, al taller de preparación de piezas anatómicas normales y patológicas, al Laboratorio de Fisiología y a todas las demás dependencias del establecimiento, uno de los mejor instalados y organizados de nuestro país.

Una vez terminada la visita, les fué ofrecido a los Con-

gresistas un **lunch**, en el corredor de la planta alta del edificio principal. Hicieron uso de la palabra los doctores Ernesto A. Bauzá, en nombre de la Escuela de Veterinaria, y el doctor Arturo Alvarez Mouliá, en nombre de los Congresistas. Los oradores, en bellas frases, evocaron los beneficios de la ciencia y de la fraternidad entre sus cultores.

j) Conferencia del doctor Oscar da Silva Araujo (de Río de Janeiro)

Viernes 14 de octubre de 1921, en el Salón de Actos Públicos de la Facultad de Medicina

La interesantísima conferencia que el ilustrado Miembro de la Academia de Medicina de Río de Janeiro dió en la Facultad de Medicina versó sobre "Profilaxis de la lepra, enfermedades venéreas y cáncer en el Brasil". La sala estaba llena de profesionales que se interesan por este magno asunto; se hallaban presentes el señor Ministro del Brasil, doctor Luis Guimarães, el Decano y los Profesores de la Facultad, los Delegados Extranjeros del Congreso y muchas otras personas de nuestro mundo científico y administrativo.

El conferenciante fué presentado por el doctor Máximo Halty.

El lector encontrará al fin del primer volumen de estas publicaciones, la conferencia **in extenso**. Haremos notar en esta corta crónica que ella fué acompañada de la exhibición de mapas, planos, figuras de cera, diagramas, hojas volantes, etc., y de la exhibición de un interesante **film** cinematográfico, destinado a ilustrar las conferencias populares sobre la profilaxis de las enfermedades venéreas, **film** que muestra en forma elemental y clara los desórdenes que pueden acarrear estas enfermedades.

k) Banquete ofrecido por S. E. el señor Ministro del Interior, interino de Relaciones Exteriores, y S. E. el señor Ministro de Instrucción Pública, a los Delegados al Segundo Congreso Médico Nacional y al Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía.

Sábado 15 de octubre de 1921, a las 21.—En los salones del Parque Hotel

El banquete ofrecido por los señores Ministro interino de Relaciones Exteriores y Ministro de Instrucción Pública,

congregó en el lujoso comedor del Parque Hotel unos 150 comensales. La mesa estaba elegantemente dispuesta, ocupando las cabeceras el doctor Gabriel Terra, Ministro del Interior, reemplazando al doctor Juan A. Buero, Ministro de Relaciones Exteriores, en ese momento ausente de Montevideo, y el doctor Rodolfo Mezzera, Ministro de Instrucción Pública. Los sitios de honor fueron ocupados por S. E. el señr Carlos de Estrada, Ministro de la República Argentina, S. E. el doctor Luis Guimarães, Ministro del Brasil, S. E. el señor José María Solano, Ministro de Cuba, S. E. el señor Belisario Rivarola, Ministro del Paraguay, el señor Enrique M. Martín, Cónsul General de Guatemala, S. E. el señor Ministro de Hacienda, doctor Ricardo Vecino, los Presidentes de los dos Congresos, los Delegados Extranjeros a ambos Congresos, el señor Rector de la Universidad, el señor Decano de la Facultad de Medicina, los miembros del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, el Director de la Asistencia Pública Nacional, el Presidente y Miembros del Consejo Nacional de Higiene, el Presidente del Ateneo de Montevideo, el Decano de la Facultad de Veterinaria, etc. Seguían los Miembros de los Comités Organizadores de ambos Congresos, los Profesores de las Facultades de Medicina, Veterinaria y Farmacia y muchas otras personas de nuestro mundo científico y administrativo. Todos fueron exquisitamente atendidos por el señor Introductor de Embajadores Fermín Carlos de Yéregui.

Una vez terminado el banquete, hizo uso de la palabra el señor Ministro de Instrucción Pública, doctor Rodolfo Mezzera, quien, en un elocuente discurso que sentimos no poder insertar a causa de la falta de los originales, puso de relieve los inmensos beneficios que estas reuniones de profesionales reportan a la lucha de la humanidad con el mal común, la enfermedad.

Habló en seguida, en nombre de los Congresistas Extranjeros, el Prof. Aloysio de Castro, Director de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, pronunciando el hermoso discurso siguiente:

Discurso del Prof. Dr. Aloysio de Castro

Director de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, en nombre de los Delegados Extranjeros

As palavras que acaba de proferir, com uma eloquencia a um tempo tão elevada e tão fina, o excellentissimo Ministro doctor Rodolfo Mezzera, mais uma vez nos mostram o alto espirito de fraternidade com que neste nobre pais se acolhem sempre os representantes das nações americanas. Cabe-me a honra de agradecel-as em nome dos Delegados Extrangeiros aos dois brilhantes Congressos Medicos, a cujos trabalhos concorremos como representantes de Guatemala, Mexico, Argentina, Paraguay e Brasil.

Aos meus illustres companheiros quizera eu deixar consignado o meu renconhecimento por me haverem incumbido desta grata missão, de que qualquer delles, por certo, se desempenharía melhor, com um brilho á altura da esplendida festa que aqui reune nesta illustre mesa a fina flor da intellectualidade uruguaya.

Creio acertar, vendo nessa designação unicamente o desejo de que fosse agora o interprete de todos alguem cujo affecto e admiração por esta patria querida ja tenha resistido ás provas necessarias e inilludiveis do tempo. Então, senhores, eu me julgo por isso em condições de traduzir o sentimento dos meus collegas, sabendo que em todos vive o mesmo enthusiasmo pelos vossos homens e pelas vossas instituções, em que todos admiram o primor de uma grande cultura, expresão incomparavel da civilização em nosso continente.

Felicitamo-nos por ver que as iniciativas scientificas encontram neste pais um estimulo poderoso por parte do Governo e das classes dirigentes, como ainda agora acabamos de observar nos trabalhos dos dois notaveis Congressos, presididos com tanta auctoridade e superior distincção pelos sabios professores Drs. Bernardo Etchepare e José Brito Foresti.

E' que os Governos adeantados sabem honrar na obra modesta e laboriosa dos que se dedicam á sciencia a supremacia das forças espirituaes que constituem o patrimonio moral dos povos fadados a grandes e gloriosos destinos.

Atravesamos, senhores, na America do Sul uma epoca feliz de congraçamento e solidariedade scientifica entre os homens de pensamento. A nós outros medicos tem tocado uma parte cada vez mais importante nesse movimento de approximação intellectual, cujos beneficios já se sentem no

presente e se hão de propagar no futuro em fructos eternamente duradouros.

Seja-me lícito nesta ordem de ideas congratular-me com a douta ilasse medica uruguaya por seguir em caminho de realização o "**Tratado de pathologia sul-americana**", a publicar-se debaixo dos auspicios das Faculdades de Medicina de Montevideo, Buenos Aires e Rio de Janeiro, com a collaboração dos principaes representantes da sciencia medica em nosso continente. Considero uma fortuna poder repetir agora as palavras do autor dessa grandiosa idea o meu dilecto e amado amigo Pr. Ricaldoni, quando com as elegancias do seu verbo eloquente apresentou o seu projecto á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1918. "En Sul-America, dizia com muita razão o egregio professor, existe uma sciencia propria, sufficientemente vasta, dona de importantes realidades praticas e rica de promessas, sciencia que é um dever nosso vulgarizar. Conhecemos com perfeição a pathhologia dos orgams que nos ensiniou a sciencia européa e a pathologia humoral que prospera em regiões e latitudes extranhas á nossa, e sen embargo apenas suspeitamos que nos movemos em meio de outros flagellos puramente nossos, absolutamente peculiares de nossos climas, com exigencias hygienicas e therapeuticas que somente a elles pertencem".

Ao encerrar-se um Congresso Americano de Dermatologia não ha melhor opportunidade para se julgar do valor de uma publicação como a que se projecta, na geral o estudo das enfermidades cutaneas vae constituir uma parte de interesse fundamental para os paises da America.

Assim, senhores, pelas obras benemeritas como as que vão realizando os medicos sul-americanos, ao mesmo tempo que concorremos para o progresso da nossa arte, que é "a encyclopedia da vida em todas as suas manifestações", servimos aos sentimentos de confraternidade americana dos povos a que pertencemos, destinados no mundo contemporaneo á gloria e ao esplendor de uma civilização nova, inspirada na verdade e no bem, na justiça, no amor e na belleza.

Na expressão destes sentimentos seja-nos licito, senhores, ao saudarmos com effusão a gloriosa nação uruguaya, recordar neste momento o nome do seu primeiro magistrado, o Excmo. senhor Presidente da Republica, a quem trazemos as homenagems da nossa respeitosa admiração, fazendo votos pela felicidade pessoal de S. E. e pela prosperidade do seu brilhante Governo.

Clausuró el banquete el señor Ministro del Interior, doctor Gabriel Terra, con las conceptuosas frases siguientes:

Discurso del Dr. Gabriel Terra

Ministro del Interior, interino de Relaciones Exteriores

Señores Delegados de países amigos:

Es para mi breve pasaje por el Ministerio de Relaciones un placer, la oportunidad que se presenta de saludaros en esta fiesta de confraternidad, de profunda simpatía.

Poco después de estallar la gran guerra europea me tocó en suerte representar a mi país en un Congreso Financiero en Wáshington y nunca olvidaré las palabras que pronunció el Presidente Wilson al recibirnos en la Casa Blanca, dominado en ese momento por las preocupaciones que debían darle una figuración saliente en los grandiosos acontecimientos que han conmovido a la humanidad.

"Me sorprende y me mortifica que un acto como este haya tardado tanto en celebrarse siendo necesaria una crisis del mundo para enseñar a las Américas cuán real y positivamente son vecinas las naciones que las componen. Si existe un hecho afortunado, agregó, producido por la presente angustiosa situación, es de que ella nos ha revelado los unos a los otros, nos ha enseñado lo que significa ser vecinos, y no puedo sino abrigar la esperanza de que por medio de este comercio de espíritus, no menos que por el intercambio de mercaderías, podamos enseñar al mundo el sendero de la paz. Sería algo grandioso el que los americanos pudieran agregar a los méritos que ya poseen, esto de enseñar al mundo el camino de la paz perdurable".

Las dolorosas alternativas de la guerra, su duración nunca imaginada, el sacrificio de millones de hombres, la destrucción de ciudades enteras, convertidas en escombros, la enorme falange de mutilados, testimonio triste de una barbarie reciente, demuestran que está lejos todavía el triunfo definitivo del pacifismo, y que el personaje de la democracia que fué el primer hombre de su tiempo, predicando los principios de derecho al través del océano en sus notas memorables, aclamado por los pueblos y Gobiernos europeos al final de la contienda, si ha contribuído con su concepción generosa y todavía incoherente de la Liga de las Naciones, a un progreso en la conciencia universal, no pudo obtener de inmediato que una vez más los pueblos conspirando contra

sus propios intereses y destinos escribieran una nueva tragedia, sin duda la más horrible de la historia.

Pero la América debe continuar enseñando el camino de la paz, con estas reuniones científicas, con Congresos artísticos, económicos, industriales, acercando a los hombres, haciendo conocer los méritos recíprocos, por el respeto que inspira el trabajo en sus grandes concepciones en favor de la patria que es la familia engrandecida por el afecto, por el pensamiento y la tradición, y de la humanidad cuyo bienestar definitivo es el ensueño que persiguen los pueblos elegidos como los nuestros, que no se sienten separados por los prejuicios históricos, por las viejas violencias del despotismo que han generado odios mantenidos por las diferencias de razas y las intolerancias religiosas, que, felizmente, ignoramos.

Familia, patria, humanidad, son postulados que se confundirán en el porvenir cuando el hombre perfeccione su moral, y alcance, elevando su espíritu a la región serena del desinterés y del amor, la amplitud de sus aspiraciones en la realización de los sublimes idealismos.

Pero la familia, la patria y la humanidad deben confundirse desde ahora, en la lucha contra las enfermedades, contra los microorganismos que traicionan con sus misterios crueles a veces insondables y en forma irreparable a todas las sociedades en la extensión inmensa del planeta, haciendo sus víctimas predilectas en los que empiezan la existencia, dándonos motivos de desesperación a los optimistas, a los que creemos que la vida vale la pena de ser vivida por más sacrificios que imponga y que por eso mismo deberíamos tener el derecho de prolongarla en condiciones de igualdad y de justicia.

El hombre aislado, cuidando su salud, persiguiendo su propia felicidad, cumple con el primordial de los deberes, y la sociedad haciendo la higiene colectiva, cumple también con su primordial misión y con la más sagrada de las obligaciones internacionales, y vosotros que sois profesores de medicina, defensores de la vida, armados caballeros para combatir el dolor, factores de la felicidad humana, podréis sintetizar vuestra misión altruísta, con las palabras del teólogo medioeval incitado a explicar en un instante la esencia de la religión que profesaba: "Amad a vuestro prójimo como a vos mismo".

Cultivando este noble amor que pasa las fronteras, os convertiréis en apóstoles de la religión del bien por el bien mismo, en elaboradores de la nueva ciencia americana, que

no tiene por qué ser menos fecunda y gloriosa que la que avanza en otros continentes.

En nombre del señor Presidente de la República, manifiesto el deseo de que los ilustres Delegados de la Argentina, del Brasil, Paraguay, Guatemala y Méjico, lleven a sus hogares un amable recuerdo del Uruguay, que cree en la solidaridad y en la fraternidad de los pueblos de América.

La fiesta terminó con un baile improvisado en el Salón de Fiestas del Parque Hotel, baile que se prolongó hasta muy avanzada la noche.

V. VOTOS DEL CONGRESO

Homenaje al doctor Juan A. Rodríguez.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se pone de pie para honrar la memoria del ilustre organizador de la campaña antivenérea en el Uruguay, doctor Juan Antonio Rodríguez.
El Congreso decide colocar una placa conmemorativa en la tumba del doctor Juan A. Rodríguez.

Profilaxis de las afecciones venéreas.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía decide que, previa intensa propaganda por todos los medios posibles sobre los males venéreos, debe aconsejarse el uso del *paquete sanitario* en el Ejército y en la Armada, haciéndolo extensivo a toda la población.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía da un voto de aplauso al Gobierno del Brasil, por el esfuerzo desarrollado en la lucha contra las enfermedades venéreas.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía felicita al Cuerpo Médico y al Gobierno del Uruguay, por la forma ejemplar y decidida con que ha llevado a la práctica el tratamiento público y la profilaxis de la sífilis, y aconseja con el mayor empeño a los gobiernos de los demás países latinoamericanos que aún no lo han hecho, que organicen la campaña antivenérea.

O 2.º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligraphia lembra aos Governos dos paises do Novo Continente a convenencia de serem estabelecidas o mais breve possivel nos seus principaes portos maritimos e fluviaes, clinicas gratuitas onde os marinheiros, de qualquer nacionali-

dade, possam receber asistencia medica antivenera, pidendo seja feito um acordo internacional nesse sentido.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía hace votos por que se establezca la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades venéreas sobre la base de los métodos llamados liberales, fundado sobre el principio de: *tratamiento libre a enfermos libres.*

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía hace votos por que se establezca en todos los países un *Cuerpo de enfermeras visitadoras de salud pública,* con una rama dedicada a ocuparse especialmente de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía felicita efusivamente al Gobierno del Brasil por la brillante acción con que ha organizado la lucha antivenérea, tanto desde el punto de vista de la propaganda, como de las facilidades dadas a los enfermos para que puedan hacer su debido tratamiento.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía recomienda a los Gobiernos sudamericanos el siguiente programa de acción a desarrollarse en la lucha contra las enfermedades venéreas.

Asistencia social:

1. Coordinación de los servicios de asistencia social nacionales, provinciales, departamentales y particulares, hacia una acción para la lucha contra las enfermedades venéreas.
2. Extensión e intensificación de la enseñanza de la venereología en las escuelas de Medicina y ramas afines. Creación de cursos de perfeccionamiento de la especialidad para médicos prácticos.
3. Asistencia gratuita (médico, medicamentos, hospitalización, etc.), de todo enfermo venéreo sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, ni condiciones económicas.
4. Creación de dispensarios antivenéreos extrahospitalarios a horas adecuadas y distribuídos de acuerdo con las necesidades de las poblaciones.

5. Acción de las mutualidades:

a) Las sociedades de socorros mutuos deberán prestar asistencia médica a los enfermos venéreos, dándoles los mismos beneficios que a los atacados por enfermedades comunes.
b) A las sociedades que excluyeran de los beneficios a esta clase de enfermos, se les deberá retirar la personería jurídica, prohibiendo su funcionamiento y quitándoles los beneficios que se les hubieran concedido por leyes especiales.
c) Las sociedades deberán hacer una activa propaganda por medio de sus boletines, hojas volantes o al dorso de los formularios para recetas, en forma de instrucciones claras y precisas, sobre los peligros de las enfermedades venéreas y su profilaxis.

6. Laboratorios y reacción de Wassermann:

a) Creación de laboratorios especiales destinados al diagnóstico e investigación de las enfermedades venéreas.
b) Prohibición de establecer laboratorios de análisis biológicos en las farmacias, debiendo estar autorizados los que se establezcan, previa comprobación de la idoneidad de quienes los regenteen.

7. Ejercicio de la Medicina:

a) Sanción de leyes que reglamenten el ejercicio de la Medicina y ramas afines, persiguiendo con todo rigor el curanderismo, el charlatanismo profesional y el libre expendio de drogas y específicos.
b) Contralor de los avisos de profesionales y de medicamentos en la prensa en general.
c) Llamar la atención de los farmacéuticos sobre el cumplimiento de sus deberes profesionales, a fin de que se abstengan de tratar enfermos venéreos y de expender medicamentos para estas enfermedades, sin la previa prescripción médica.

Medidas de orden legal:

1. Certificado de buena salud para el matrimonio.
2. Represión de la trata de blancas y del proxenetismo.
3. Penalidades por el delito de contaminación intersexual.

Medidas de orden administrativo. Prostitución:

a) Activa acción administrativa y policial contra la pornografía, especialmente del libro y del teatro.
b) Creación de hogares de refugios para amparo y regeneración de las mujeres.

Parte educativa:

1. Educación sexual.
2. Divulgación de los conocimientos de higiene sexual (disciplina sexual, continencia, profilaxis individual, etc.). Publicaciones, affiches, museos de figuras plásticas, conferencias, etc.
3. Educación física de la juventud. Creación de centros de cultura popular.

Parte documentaria:

La dirección sanitaria de cada país reunirá documentos y estadísticas sobre la morbilidad y mortalidad venérea, unificando los cuadros nosológicos e investigando la parte que corresponde a estas enfermedades en la etiología de las enfermedades en general.

Reacción de Bordet-Wassermann.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía aconseja que las autoridades directivas de la lucha antivenérea en los países adherentes al Congreso, convenientemente asesoradas por los organismos técnicos oficiales, se aboquen al estudio de la normalización de la reacción de Wassermann y las otras reacciones serológicas en la sífilis, y que los Consejos de Higiene o instituciones similares dicten en oportunidad la ordenanza respectiva.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía aconseja, a ejemplo de los sifilógrafos franceses, que los gobiernos se aboquen al estudio de la reglamentación y de la técnica de las reacciones biológicas de la sífilis, realizando el contralor de la reacción de Wassermann y de las demás reacciones y el contralor y uniformidad de las escalas colorimétricas.

Accidentes de las inyecciones endovenosas.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía declara que pueden ocurrir casos de muerte imprevista a raíz de inyecciones endovenosas de cualquier remedio, hechas en condiciones irreprochables de técnica, en nada imputables al medicamento en sí mismo ni a las circunstancias en que se le administra.

Irresponsabilidad sexual de la menor.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía solicita del H. Cuerpo Legislativo la modificación de los artículos 276, 284 y 297 del Código Penal uruguayo, con objeto de que la edad de doce años señalada como límite para la irresponsabilidad sexual de la menor en los delitos llamados contra las buenas costumbres, sea elevada a *diez y seis años* cumplidos.

Solicita de los Altos Cuerpos Legislativos de los países americanos adheridos, igual modificación en el Código Penal de cada uno, en los artículos correspondientes a los mencionados del Código Penal uruguayo.

Profilaxis y tratamiento de la lepra.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía de Montevideo, aconseja la organización de la *Liga Panamericana antileprosa*, con los siguientes artículos:

1.° Créase la "Liga Panamericana antileprosa", con el fin de combatir la lepra y completar los conocimientos científicos a su respecto, desde todos sus puntos de vista, tanto patogénico como terapéutico y profiláctico.

2.° Créase a ese efecto, como órgano de dicha Liga, un gran Instituto Central Americano antileproso, con un Hospital anexo, cuya sede y capacidad se determinarán por una Comisión Internacional.

3.° Créanse igualmente "diez Hospitales Internacionales Americanos antileprosos", dependientes del Instituto Central, distribuídos en el continente, en localidades que puedan facilitar la admisión de leprosos de la nación colindante.

4.° Tanto en el Instituto Central como en los Hospitales Internacionales, se deberá disponer de locales apropiados para pensionistas.

5.° En dichos Hospitales se aplicarán la cura y el tratamiento de conformidad a los estudios y experimentos prac-

ticados en el Instituto Central, o a los dictámenes emanados de las autoridades científicas del mismo, así como se practicarán las investigaciones solicitadas y recomendadas por ellas.

6.º El Instituto, una vez resuelto el problema de la lepra, se ocupará del estudio y curación de otras enfermedades tropicales y subtropicales, etc., etc.

7.º Las naciones signatarias intervendrán en el nombramiento de la Comisión Administrativa Central y Regional y el personal científico del Instituto y de los Hospitales se nombrará por concurso o designación de las autoridades sanitarias de cada país.

8.º La Suprema Autoridad Sanitaria de cada país será considerada como miembro del Directorio científico de la Liga.

9.º Los respectivos Gobiernos harán cumplir las resoluciones y dictámenes que la Comisión Científica Central juzgara conveniente dictar sobre profilaxis e higiene. Cada Gobierno tiene derecho a la hospitalización gratuita de los leprosos pobres que la Dirección Científica Central y Seccionales (Directores de los Hospitales), juzguen curables. Los incurables quedarán a cargo de los respectivos países de residencia.

10. Queda a cargo de la Comisión Internacional dictar las reglamentaciones internas del Instituto y de los Hospitales.

11. Para sufragar los gastos que demande la construcción y manutención de los establecimientos y de sus anexos, cada nación contribuirá con una suma de dinero en relación a los habitantes, cuyo máximo se fija para el primer año en $ 0.10 oro sellado por cada habitante y en los siguientes en $ 0.04 oro sellado, pudiendo variar la última, según las necesidades.

12. Los Gobiernos, cuyos países son designados para la ubicación del Instituto y de los Hospitales, se obligan a ceder gratuitamente el área de tierra necesaria, librando a la Liga de todo impuesto, siendo a su cargo las medidas de seguridad que fueren necesarias.

13. La Liga tiene derecho de franqueo libre y libre paso para sus delegados en todo el territorio de la Liga.

14. La Comisión Internacional someterá este proyecto a la aprobación de las partes contratantes dentro del plazo de... y queda a su cargo hacerlo efectivo.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía reclama de los Gobiernos de los países latinoamericanos, con la mayor decisión y como medida urgente, que organicen activamente la campaña antileprosa; que para ello se inspiren en las medidas aconsejadas en las Conferencias Internacionales de la Lepra, las que, puestas en práctica con

óptimos resultados por diversos países, han sido adoptadas por Colombia, Paraguay y Brasil en Sud América.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía aconseja la realización de una *Conferencia Internacional de Lepra* entre los países latinoamericanos, señalando la ciudad de Río de Janeiro y el año próximo para su reunión, y debiendo constituir el Comité Organizador la Delegación Brasileña, el Departamento de Salud Pública Brasileño y el profesor Lindenberg.

Realización del III Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía decide que el Tercer Congreso se realice dentro de tres años en la ciudad de Buenos Aires, quedando encargados de su organización el profesor Aberastury y demás miembros de la Delegación Argentina.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía otorga un voto de aplauso y agradecimiento por la gentil oferta del Gobierno de Guatemala respecto a la reunión del Tercer Congreso.

Institutos de Radioterapia.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía decide que: Considerando: Que são cada vez mais numerosas as indicações therapeuticas do radio propomos que o Congresso manifeste um voto em que se appelle para os governos sul-americanos no sentido de ser facilitada pelos mesmos governos a fundação de Institutos de Radiumtherapia em todas a capitaes de America e nas principaes cidades de nosso continente.

Tratado de Patología Sudamericana.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía hace votos para que el Tratado de Patología Sudamericana, que debe ser publicado bajo la dirección de las Facultades de la Medicina, de Montevideo, Río de Janeiro y Buenos Aires, se convierta en realidad en el plazo más breve, dada la importancia de la iniciativa y las nuevas bases que puede sugerir para la lucha eficaz contra las infecciones en general y entre las cuales está incluída la sífilis.

Realización de los votos emitidos por los Congresos.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía aconseja:

1.º Que en la asamblea plenaria de cada Congreso se designe una Comisión encargada de llevar a la práctica sus resoluciones gestionándolo ante quien corresponda y haciendo la propaganda que crea conveniente con ese fin.

2.º Las Comisiones serán tantas como países haya comprendido el Congreso y tendrán, además del cometido a que se refiere el artículo 1.º, el de informar al Congreso siguiente de la misma materia sobre el resultado de sus gestiones y cuáles han sido los obstáculos que han encontrado en su gestión, con el fin de que el nuevo Congreso pueda salvarlas o hacer las gestiones necesarias para ello.

3.º El cometido de estas Comisiones cesará o terminará, según lo resuelva la asamblea plenaria del Congreso que ha considerado su gestión.

Nota.—Ya en prensa esta publicación, se ha recibido una comunicación del Ministerio de Relaciones Exteriores, explicando que el Gobierno de Estados Unidos de Norte América, a pesar de su buena voluntad, no ha podido enviar Delegados al Congreso, pues para ello era necesaria una expresa autorización legislativa, y el Congreso de los EE. UU. estaba, en el momento de la invitación, en receso.

SEGUNDA PARTE

SESIONES ORDINARIAS DEL CONGRESO

Las sesiones ordinarias del Congreso tuvieron lugar en el Salón A del Ateneo de Montevideo

PRIMERA SESIÓN

LUNES 10 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 15

Presidencias de los doctores Neocle Ragusin (Buenos Aires), Ludovico Facio (Buenos Aires), Pedro L. Baliña (Buenos Aires), Eduardo Jonquières (Buenos Aires), Angel M. Giménez (Buenos Aires), Aníbal O. de Roa (Buenos Aires).

Secretarios de sesiones: Doctores Pedro Raúl Alonso y Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

Homenaje al Uruguay.
Víctor Idoyaga. La lucha antivenérea en el Paraguay.
Emilio Coni. Presentación de sus trabajos sobre el estado actual de la lucha antivenérea en América, por el doctor Pedro L. Baliña.
A. Fernández Verano. Acción desarrollada por la Liga Argentina de Profilaxis Social en cuatro meses de existencia.
Angel M. Giménez. Lucha antivenérea en la República Argentina.
Pedro L. Baliña. Instrucciones impresas para ilustrar a los enfermos de sífilis.

Bartolomé Vignale. Profilaxis de la sífilis y de las dermatosis en el Ejército.
Ernesto Ricci. Profilaxis de la sífilis en campaña.
Paulina Luisi. La lucha social contra las enfermedades venéreas.
Héctor del Campo. Profilaxis de la sífilis en el Uruguay.
José May. La sífilis en el Uruguay.
Discusión general de los trabajos anteriores.

Ants de iniciarse las sesiones, el doctor *Neocle Ragusin* (Buenos Aires), pide a los señores Congresistas se pongan de pie en homenaje al Uruguay. Así se hace.

La lucha antivenérea en el Paraguay

POR EL DR. VÍCTOR IDOYAGA (Asunción)

Presidente de la Delegación Médica del Gobierno del Paraguay
Delegado de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción

SUMARIO:

1.º Preliminares.
2.º Antecedentes de fundación del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.
3.º Funcionamiento actual. Estadísticas de enfermedades y de trabajo.
4.º La prostitución reglamentada y la prostitución clandestina.
5.º **Sífilis.** Modalidades clínicas más frecuentes en el país. —Sífilis en el Ejército.—Cómo se trata la sífilis en nuestro Ejército.—Sífilis hereditaria. — Reacción de Wassermann de la sangre.—Punción lumbar y examen del líquido céfalo-raquídeo.—Las sales arsenicales en el tratamiento de la sífilis: novarsenobenzol y neosalvarsán.—Sales mercuriales.—Yodo y yoduros.
6.º Blenorragia y sus complicaciones.—Blenorragia en el Ejército. — Tratamiento de la blenorragia. — Seroterapia y vacunoterapia antigonocóccicas.
7.º Chancro simple y sus complicaciones.—Tratamiento.
8.º Consideraciones sobre algunas enfermedades de la piel más frecuentemente observadas en el país.

Pocos datos tenemos sobre la lucha antivénerea en nuestro país, antes, durante y después de terminada la guerra

de la triple alianza (1870). La práctica de la medicina en el Paraguay, durante aquella época, se hallaba en el estado del más completo empirismo, en manos de curanderos; y todas las afecciones eran tratadas con medicamentos, en su mayoría, de origen vegetal y caseros, como vulgarmente decimos.

Quedan, sin embargo, la fama y el célebre libro del doctor Estigarribia, que vivió desde la época del doctor Francia, en cuyo libro algo hemos leído sobre el tratamiento y cura de ciertas afecciones, de las más comunes observadas en el país, pero todos ellos basados, simplemente, en la observación y empleo de ciertas drogas de almanaque, sin gran fundamento científico.

Y en plena guerra, un médico inglés, que había sido designado por el mariscal López como Cirujano Mayor del Ejército, un gran progreso en este sentido se ha hecho. Y desde aquella época se conocen el empleo y uso de los principales medicamentos farmacéuticos. En la misma época, otro profesional inglés, el farmacéutico Masternanu, secundaba al doctor Stewar en la organización de la Sanidad del Ejército, en tiempo de guerra.

El doctor Stewar no dejó nada escrito y Masternaun dejó algo, pero que más bien habla de la tragedia de la guerra, que de lo que le cupo desempeñar como profesional.

Algunos sobrevivientes de aquel entonces, colaboradores y discípulos de aquéllos, relatan, sin embargo, la cura practicada por ellos, en la época en que ya el stock de medicamentos que poseía el Ejército Paraguayo, quedó pronto agotado desde el comienzo de la guerra. La blenorragia, según ellos, se trataba con lavajes de agua de malva, así como curaban y trataban todas las ulceraciones y heridas externas. Polvos secantes en su mayoría, igualmente de origen vegetal, eran los componentes de éstas.

La cura verdaderamente científica de todas las enfermedades, inclusive las venéreas, se inició realmente con la llegada al país de los primeros médicos extranjeros y posteriormente con los nacionales que hicieron sus estudios médicos en la Argentina y en el Uruguay.

Coincide con esta época la instalación en la capital de las primeras casas de tolerancia, con sus servicios médicos municipales; y el doctor Flaviano G. Rubio se destaca como uno de los primeros que comienza, en nuestro país, la lucha antivenérea.

La Facultad de Medicina abre sus puertas. Y entre sus

primeros profesores, al habilitarse el 5.° año de estudios, apareee el primer especialista, al frente de la cátedra de Sifilografía y Dermatología. Nos referimos al eminente doctor Luis Zanotti Cavazzoni, que en su clínica privada y en su cátedra, comienza verdaderamente la lucha eficaz contra las enfermedades venéreas en el Paraguay.

Su cátedra en el Hospital Militar constituye, en aquella época, una verdadera clínica dermatosifilopática. Es el primero que inculca a sus alumnos la verdadera enseñanza de esta especialidad médica. Estudioso e investigador hasta el extremo, su figura en la actualidad constituye un honor del Cuerpo Médico Nacional.

Es el primer profesional que desde el año 1901, en discursos y conferencias públicos, propicia la profilaxis y defensa social, y echa las bases y los reglamentos del primer Dispensario científicamente organizado en nuestro país, que especiales circunstancias de la época han impedido llevarlo en su totalidad a la práctica.

Discípulo y alumno suyo fué el malogrado doctor Manuel Pérez, el primer médico especialista paraguayo, que tanto bien hizo en corta pero beneficiosa vida profesional.

Nosotros también tuvimos el honor de ser alumnos de aquel eminente maestro. A nosotros inculcó, igualmente, él, el amor y cariño a la especialidad y ahora nos toca dar a conocer el fruto de los dos primeros años de labor del primer plantel del Instituto Profiláctico, labor que, aún bien escasa, representa la primera etapa de la lucha moderna, contra la avariosis en el Paraguay y que tenemos el alto honor de someter a la consideración del II. 2.° Congreso Sudamericano de Sifilografía y Dermatología.

Desde 1918, de vuelta de Europa, donde fuimos a practicar estudios de especialidad, nuestra idea fija fué la fundación de un Instituto Profiláctico de Venéreo Sífilis, y habiendo asistido a todas las clínicas de sífilis y enfermedades de la piel, en los Hospitales de París, y muy principalmente en San Louis, con Gaucher, Brocq, Gougerot, Ravaut, Milian; en Broca, con Jeanselme, en aquel entonces agregado a la cátedra de Sífilis de la Facultad de Medicina de París: Vernes, su Jefe de Laboratorio, en donde por primera vez aprendimos, por su gentileza, a practicar el Wassermann de la sangre. Se acababa de abrir en ese mismo Hospital el primer Dispensario para sífilis (Dispensario Frascator), con tratamiento por el 606 y Wassermann de la sangre, punción lumbar y examen ultramicroscópico. El 606 en aquel enton-

ces (1913) encontraba aún serias resistencias como tratamiento terapéutico de la sífilis, hasta tal punto de haberle oído decir muchas veces al profesor Gaucher en cátedra, que el 606 producía más víctimas que la sífilis misma; que el eminente dermatólogo Brocq nos descorazonaba, diciéndonos que cada vez que aplicaba el 606 no dormía de noche tranquilo, con pesadilla de que sería despertado en la noche por llamado urgente de su cliente, etc.

Sin embargo, corresponde al profesor Jeanselme el honor de haber sido uno de los más tenaces defensores y propagandistas del citado medicamento en Francia. Le seguían: Milian, que acababa de publicar un libro sobre el tratamiento de la parálisis general por el 606; Leredde, que ya tenía una verdadera clínica, en donde se practicaba el tratamiento sistemático de la sífilis por el 606; Ravaut, que en San Luis hacía las primeras aplicaciones del novarsenobenzol, en soluciones concentradas, etc., etc.

Vino la guerra y fuimos a la guerra, en nuestro carácter de médicos militares. Formamos parte del Cuerpo Médico de varias formaciones sanitarias de Centros Venereológicos, en la Zona de Etapas, en donde se trataba, exclusivamente, de la sífilis por el 606 y novarsenobenzol.

Habiendo pasado una temporada en París, fuimos afectados como Médico Consultante en el primer Instituto Profiláctico que se abría en París, bajo la dirección de Vernes, y Jefe de un Servicio de Venereología en una de las secciones de Val de Grâce.

Repetimos: desde nuestra vuelta al país una idea fija teníamos: la fundación del plantel de un Instituto Profiláctico en Asunción. La ocasión no se hizo esperar. Era Director del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública nuestro particular e ilustrado amigo doctor Andrés Barbero. Una simple conversación y la idea que le sugerí al respecto fué el comienzo de nuestra obra, y he aquí la primera nota oficial presentada al señor Director, cuya contestación no se hizo esperar: "Asunción, 18 de marzo de 1918. — Señor Director de la Asistencia Pública Nacional y Beneficencia Social, doctor Andrés Barbero. — E. S. D. — Como resultado de la entrevista que he tenido con V. S. hace unos días, me es honroso elevar hoy a la consideración de esa Dirección, el proyecto de creación de un Instituto de Salubridad para el tratamiento y profilaxis de enfermedades venéreo-sifilíticas y vías urinarias, que se denominará "Instituto Profiláctico

de Venéreo-Sífilis". Bordar consideraciones sobre la utilidad y el beneficio que podría reportar para la gente pobre la creación de este importante anexo de la Asistencia Pública, sería superfluo, visto el desarrollo alarmante en nuestro país de las enfermedades venéreo-sifilíticas y la orfandad lastimosa de que gozan de parte de la beneficencia nacional los averiados de estas afecciones. Solamente por los casos que se ven pasar por los consultorios privados y los de consultorio externo de reciente creación en el Hospital Militar Central, ya se puede dar una idea general de los casos, no solamente adquiridos en la edad adulta, y el incremento aún mucho mayor de la sífilis hereditaria. Juntamente con la anquilostomiasis, la buba y el bocio, creo, sin temor de equivocarme, que la avariosis completa en cuarto término las cuatro terribles plagas que agobian nuestra raza.

"Los países más adelantados en el viejo continente, han hecho y siguen haciendo aún bastante por el tratamiento y la profilaxis de la avariosis, y por no hablar más que de una de ellas, de la Francia, en donde en mi corta estada, tanto en hospitales civiles como militares, he seguido paso a paso, por mis estudios de predilección, todo lo que se hace para combatir y contrarrestar los progresos del terrible mal, mi modesta opinión se ha formado para ayudar en algo y comenzar cuanto antes, la cruzada en nuestro propio país. También los países sudamericanos comienzan a preocuparse seriamente del asunto, y para citarles nada más que uno de ellos, por referencias personales, me consta que en la ciudad de Montevideo no hacen meses acaban de habilitarse cuatro Dispensarios modelos, al igual de los que he visto en París; organizados y fundados por algunos colegas uruguayos que, juntamente con el suscripto, hacían aprendizaje en uno de los Institutos modelos de dicha ciudad. Me refiero al Instituto Profiláctico de la ciudad de París, donde se practica el tratamiento ambulatorio con los grandes progresos de la sifilografía moderna: Reacción de Wassermann, punción lumbar, ultramicroscopia y tratamiento arsenical (606 y 914). Hace más de seis años se fundó en París, anexo al Hospital Broca, por el ilustre profesor de sifilografía doctor Jeanselme, el primer dispensario modelo de su género, siendo seguido después de muy poco tiempo y a iniciativa privada del Gobierno, por la apertura de otros tres en diferentes barrios. No está en mi mente que de golpe se instalen Institutos similares, por las condiciones económicas un poco precarias en que nos encontramos, pero ya se puede echar las bases, para abordar desde ahora el

tratamiento del mal, con la creación de un dispensario modesto, que nuestra buena voluntad y patriotismo harán progresar. Creo, en primer término, indispensable la creación de un pequeño Laboratorio para la reacción de Wassermann, punción raquídea y ultramicroscopia. La sífilis ya no se trata actualmente por su sintomatología clínica únicamente; el diagnóstico precoz por la ultramicroscopia y el serológico por la reacción de Wassermann, se imponen por los progresos de la ciencia, no solamente como medio de diagnóstico, sino de control y tratamiento. La misma preeminencia ocupa la punción lumbar para el diagnóstico y tratamiento precoz de la sífilis nerviosa. El tratamiento arsenical por el 606 y 914 completarán nuestra instalación. Es indiscutible su acción terapéutica maravillosa, sobre todo en el tratamiento ambulatorio, que es lo que se hará, no solamente como curativo eficaz, sino como acción cicatrizante rápida (blanqueo de la sífilis). Se completará este Instituto con una sección anexa para el tratamiento de las enfermedades venéreas, especialmente génito-urinarias (blenorragia y sus complicaciones). El dispensario debe funcionar especialmente en las horas de la noche, para comodidad de la gente pobre, con horas especiales habilitadas en el día para aplicaciones de 914, recolección de sangre para Wassermann, punción lumbar, etc. El horario podría establecerse en esta forma: *Lunes*, de 8 a 10 p. m. Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instalaciones, dilataciones, masaje de la próstata, etc. — *Martes*, de 7 a 10 a. m. Examen ultramicroscópico, inyecciones de sales insolubles (aceite gris y calomel), inyecciones de sales solubles. — *Miércoles*, de 8 a 10 p. m. Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instalaciones, dilataciones, masaje de la próstata, etc. — *Jueves*, de 7 a 10 a. m. Recolección de sangre para Wassermann, uretroscopia, citoscopia, inyecciones. — *Viernes*, de 8 a 10 p. m. Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instilaciones, dilataciones, masajes de la próstata, etc. — *Sábado*, de 7 a 10 a. m. Aplicaciones de sales arsenicales (606 y 914). Reacción de Wassermann. Inyecciones de sales solubles. Debe llevarse la historia clínica de todos los enfermos del consultorio en los formularios que tengo el honor de adjuntar a V. S. y que están en uso en el Consultorio Sifilográfico del Hospital Militar. Anotaciones clínicas sobre la

intolerancia, accidentes, dosis de la medicación arsenical, hasta completar la serie de la misma y en los días en que deberán presentarse para la extracción de la sangre y la punción lumbar. En la sala de curaciones del mismo consultorio externo, se dispondrá de cuatro camas para hospitalizar el mínimum por 48 horas a los puncionados del raquis, que no podrían en ningún caso levantarse inmediatamente después de la intervención y entrar en sus respectivos domicilios. Hasta tanto se pueda instalar el laboratorio, tendré el honor de presentar a V. S., tan pronto se resuelva la instalación del Consultorio, así como el reglamento interno que debe regir en el citado servicio. Con este motivo me es grato saludar a V. S. muy atentamente. — (Firmado). *Doctor Víctor Idoyaga*''. —''Asunción, 18 de julio de 1919. — Considerados los términos que anteceden del presente escrito y dada la urgente necesidad de intervenir el Departamento Nacional de Higiene en la lucha contra la avariosis, etc., se resuelve designar al doctor Idoyaga como Director fundador del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, poniéndosele en sus manos todos los elementos necesarios para el funcionamiento de la Institución. — (Firmado) : *Doctor Andrés Barbero*. — Asunción, 18 de julio de 1918''.

Se empezará con este plantel:

PERSONAL

1 Médico especialista consultante
2 Ayudantes (estudiantes de Medicina)
1 Peón

LOCAL

1 Pieza consultorio
1 Pieza curaciones

MUEBLES

1 Mesa escritorio
6 Sillas
1 Canapé
2 Mesas curaciones
2 Armarios
3 Soportes de irrigador de hierro
4 Depósitos de agua, capacidad diez litros
2 Calentadores primus
1 Lavatorio
2 Perchas de pared

UTILES, INSTRUMENTOS Y MEDICAMENTOS

1 Juego sondas de níquel
1 ″ ″ bujías
1 ″ ″ ″ olivares
1 ″ ″ Nélaton
1 ″ ″ filiformes
1 ″ ″ para instilación
1 ″ ″ à béquille
1 Uretrótomo Maisonneuve
1 Uretroscopio de Luys
1 Citoscopio
2 Jeringas vesicales de Guyon
12 ″ uretrales de Bonneau
1 Jeringa para instilación uretral
24 Cápsulas Janet
6 Pares guantes de goma
12 Docenas dedos de goma
1 Juego sondas uretrales rectas metálicas
3 Bisturís
3 Tijeras
2 Sondas acanaladas
3 Compresores de Straus
3 Soportes de vidrio para guardar sondas
1 Estufa de trioximetileno para sondas de Janet
6 Cubetas enlozadas
3 Depósitos para agua hervida
6 Irrigadores enlozados completos
4 Vasos graduados
3 Jeringas Luer, 10 cc. con sus agujas
4 Idem ídem. 4 cc. con ídem ídem
3 Idem Barthélemy para aceite gris
6 Pinzas Pean
4 Metros vendas de goma
Nitrato de plata
Protargol
Estovaína
Aceite de olivas, etc., etc.
Ampollas 606
Idem 914
Oxicianuro de mercurio
Permanganato de potasio

SE NECESITAN LOS SIGUIENTES LIBROS

1 Libro 100 hojas. Inventario
1 ″ Historias Clínicas (200 hojas)

1 Libro Consultorio externo (cuaderno 100 hojas)
1 " Indice alfabético. Reacción de Wassermann y punción lumbar. Ultramicroscopía
1 " Fichas para 914. (Según modelo)
1 " dos clases de formularios Historias Clínicas (A y B), según modelo adjunto.

Hojas volantes: consejos prácticos y peligros de las afecciones venéreo-sifilíticas. Se distribuirán a los enfermos. (Modelos adjuntos).

Carnet de Wassermann punción lumbar (modelo adjunto).

Tarjetas de la Dirección del Instituto.

INSTITUTO PROFILACTICO VENEREO-SIFILIS

Horario

Lunes.—8.30 a 9.30 a. m. Consultorio Externo. Uretroscopia. Citoscopia. Inyecciones de sales solubles.

Martes.—8 a 9.30 p. m. Lavajes uretrales. Masaje de la próstata. Instilaciones. Inyecciones de sales solubles.

Miércoles.—8.30 a 9.30 a. m. Consultorio Externo. Punción lumbar. Reacción de Wassermann. Ultramicroscopia. Inyecciones de sales solubles.

Jueves.—8 a 9.30 p. m. Lavajes uretrales. Masajes de la próstata. Instilaciones, etc., etc. Inyecciones de sales solubles.

Viernes.—8.30 a 9.30 a. m. Aplicación de 606, 914. Sales mercuriales insolubles.

Sábado.—8 a 9.30 p. m. Lavajes uretrales. Masajes de la próstata. Instilaciones. Pequeña cirugía. Inyecciones de sales solubles.

Notas.—En los primeros meses de funcionamiento, no regirá sino el horario nocturno, y la consulta de miércoles o viernes de parte de mañana.

Tarifa

Derechos a pagar por examen y tratamiento (pudientes)

Reacción de Wassermann de la sangre .	$ m|n	150	$ oro	5
Punción lumbar y examen del líquido céfalo-raquídeo.		300		10
Por cada aplicación de 914		50		1.70
Examen de la gota uretral		50		1.70
Investigación del bacilo de Hansen. . .		50		1.70
Investigación del Spirocheta, etc., etc. . .		50		1.70

"Asunción, 18 de julio de 1919. — Señor doctor Víctor Idoyaga. — Presente. — N.° 558. — Tengo el agrado de comunicar a usted que, habiéndose recibido gran parte del material necesario para instalación y apertura del *Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis*, propuesto por usted en fecha anterior, ha resuelto el H. Consejo de la Repartición, en sesión de la fecha, dejar todo instalado para fines de mes e inaugurar, si fuere posible, el servicio nocturno a horas que usted se servirá indicar. Con placer debo manifestar que la Corporación acepta y agradece el ofrecimiento generoso de su cooperación gratuita, y me encarga le manifieste el agrado con el que ve sea usted el Director y fundador de una obra altamente humanitaria y sentida. Sin otro particular, salúdole muy atentamente. — (Firmado): Andrés Barbero". — "Asunción, 20 de julio de 1919. — Señor doctor Barbero. Director del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. — He tenido el honor de recibir una comunicación de esa Dirección General, fecha 18 del corriente, en la que se me comunica la fundación y apertura del *Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis*, según un proyecto presentado por el que suscribe hace unos meses y cuya dirección igualmente se me confía. En respuesta me es grato comunicar a esa Dirección que acepto gustoso y complacido la honrosa designación; pondré todo el esfuerzo de mi buena voluntad al servicio de tan noble Institución y propio bien de la patria. Permítame felicitar a V. S. y por su digno intermedio al H. Consejo, como iniciadores y factores del noble proyecto y que sea la ciudad de Asunción la primera en América del Sur, después de Montevideo, que cuente con un Instituto de ese género. Adjunto a la Dirección el horario, la tarifa, la lista de libros, etc., que se requiere para su inmediata apertura, que yo creo podrá realizarse desde el primero de agosto próximo venidero. — (Firmado): Víctor Idoyaga". "Asunción, 21 de julio de 1919. — Glósese al expediente respectivo. Al H. Consejo para las tarifas. — (Firmado): Andrés Barbero".

El primer Instituto Profiláctico se inauguraba en los primeros días de agosto de 1919, modesta y simplemente con algunos enfermos y con el personal y horarios proyectados; 2 consultorios nocturnos y 1 diurno en la semana. Pero al finalizar el año, más de 2,000 consultas existían en nuestro haber, según puede verse por ligera reseña y estadística de trabajo que a continuación copiamos:

"Asunción, 15 de marzo de 1920. — Señor Director del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. —

En el mes de enero próximo pasado debía haber elevado una ligera reseña del movimiento habido en la sección que tengo el honor de dirigir; pero a causa de haberme encontrado enfermo en aquella fecha, hoy recién la puedo realizar. Como esa Dirección está al corriente, el Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis ha comenzado a funcionar desde mediados del mes de agosto del año próximo pasado, habiendo desde aquella fecha hasta el presente atendido más de mil quinientos enfermos, practicando quinientas veinticinco inyecciones de sales solubles, doscientas cuatro de sales insolubles, trescientas trece de 914 y setenta y tres reacciones de Wassermann de la sangre. Es la estadística de apenas seis meses de funcionamiento, y, como debe notar esa Dirección, los servicios que presta esta Sección de la Asistencia Pública son sumamente satisfactorios. El número de enfermos que ha beneficiado el tratamiento de las dolencias de esta especialidad, aumenta de día en día. El personal encargado de su atención permanece en los consultorios el doble del tiempo fijado por los horarios respectivos para poder atender los enfermos de esta Sección. El blanqueo y la profilaxis de las manifestaciones de la sífilis virulenta y contagiosa, se ha intensificado en forma notable con el tratamiento por el 914, que aunque un poco costoso, rinde sus efectos, disminuyendo las fuentes de contagio y propagación del mal. El capítulo de diagnóstico de aborto por avariosis es crecido y con la aplicación de los nuevos métodos actuales modernos, se va dando a la vida ya un buen número de niños. Por la reacción de Wassermann de la sangre, se ha despistado y curado manifestaciones que se han eternizado con otros métodos de tratamiento y para no citar sino uno de los casos más frecuentes, no haré mención sino de las *úlceras tórpidas* de las extremidades inferiores, que datando de un tiempo que varía entre dos y seis años, han reaccionado y curado en el transcurso de cuatro a seis semanas. Las diferentes manifestaciones nerviosas que en algunos casos no sólo no se curan, sino se agravan con el tratamiento mercurial, mejoran y se detienen en su marcha con el tratamiento arsenical. En este grupo hemos notado un sinnúmero de casos de cefaleas, neuralgias diversas, tabes, hemiplegias de origen cerebral, parálisis facial, etc., etc. Infinidad de casos de *dismenorreas* de origen obscuro, pero que evolucionan seguramente en un terreno específico, han beneficiado igualmente del tratamiento. Manifestaciones de artritis y neuralgias diversamente localizadas, han mejorado y desaparecido con el concurso del Wassermann y del procedi-

miento combinado del tratamiento arsénico-mercurial. Pero un lugar importante ocupa en esta reseña el grupo de manifestaciones de la heredo-sífilis, tanto en la infancia como en la edad adulta. Con sitomatología muy variada de distrofia y de estigmas de los diversos aparatos, se sigue diagnosticando y tratando los diferentes casos con resultados muy halagüeños. A pesar de que la Sección tiene un campo muy limitado, solamente para el tratamiento de las enfermedades venéreo-sifilíticas, muchas otras afecciones y, sobre todo, las de la piel, han sido atendidas y tratadas convenientemente en el Consultorio, principalmente casos de lepra, leishmaniosis, eczemas, afecciones parasitarias de la piel, tricoficia, sarna, pediculosis, etc. En el rubro de enfermedades venéreas, figuran en su mayoría: blenorragia aguda y crónica y sus complicaciones, orquitis, prostatitis, chancro simple y adenitis consecutivas. Falta material de tiempo de parte de los ayudantes de la Sección, que ha obstaculizado el atender mayor número y en mejores condiciones esta importante categoría de enfermos, pues el tratamiento por el método clásico de los grandes lavajes, instilaciones, masajes, y mismo endoscopia, requiere mucho más tiempo que las tres horas semanales fijadas en nuestro horario, haciendo notar principalmente a esa Dirección que el Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis es el único que existe en la capital para el tratamiento de estas enfermedades. Más de las dos terceras partes de los enfermos atendidos han sido catalogados en la tercera categoría de la tarifa establecida por esa Dirección. Es por este motivo que las entradas por Wassermann, 914, etc., no han sido mayores y el suscripto es de parecer que la primera y segunda categoría deben desaparecer, pues los enfermos algo pudientes desean evitar la larga espera de los consultorios y no estar en contacto íntimo con la gente pobre. La gente menesterosa de la campaña se ha visto obligada a privarse de los beneficios de esta Sección a causa del horario nocturno, que funciona los lunes y miércoles de cada semana, habiéndose dedicado exclusivamente los días viernes de mañana para la aplicación del 914, toma de sangre para el Wassermann y punción lumbar. Y otros enfermos, encontrando más cómodo acudir a los consultorios de noche, no perteneciendo a esta Sección, han sido atendidos igualmente, y otros enviados a los Consultorios de la Asistencia. Ciertos exámenes microscópicos y biológicos que deben hacerse inmediatamente, como la ultramicroscopia, por ejemplo, para el diagnóstico precoz del chancro sifilítico: el examen de la gota uretral para el

gonococo, la punción lumbar y el examen del líquido céfalo-raquídeo, no ha podido practicarse convenientemente por falta de un pequeño laboratorio anexo a la Sección. Y como medio mismo de aprendizaje de los estudiantes que prestan servicios en la Sección de reacción Wassermann de la sangre, y sus diferentes modificaciones, podrán practicarse en este mismo laboratorio. Como corolario de esta ligera reseña y visto los resultados sumamente beneficiosos de un *ensayo* de Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, me es grato proponer a esa Dirección, para el transcurso del año en curso, las siguientes mejoras y ampliaciones:

"1.º Apertura de otro consultorio análogo en un barrio poblado e importante de la ciudad, con su personal de médicos y ayudantes respectivos. 2.º Ampliar el servicio existente con la habilitación de nuevas horas de consultorio y aumento del personal médico y de practicantes, especialmente para el tratamiento de enfermedades venéreas (mujeres y hombres). 3.º Subsistencia del horario nocturno exclusivo para el examen de enfermos los lunes y miércoles, habilitando los días martes y jueves horario de mañana exclusivamente para el tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones. El horario del viernes de mañana debe igualmente subsistir para el 914, el Wassermann y la punción lumbar. 4.º Establecer un pequeño laboratorio anexo a la Sección, con poco costo, para el objeto más arriba mencionado. 5.º Habilitar una salita anexa con cuatro camas para los puncionados del raquis, donde deben permanecer durante cuarenta y ocho horas. 6.º Cobrar la tarifa cinco o diez pesos por cada lavaje para beneficio de la Sección. 7.º Adquisición de un transformador de corriente eléctrica para poner en uso los aparatos de endoscopia de que dispone la Sección. 8.º Estimular la labor de los practicantes actuales, haciendo efectiva la promesa de la administración anterior, asignándoles un sueldo conveniente. 9.º Extender los beneficios de la Sección a los enfermos de la piel. Y, al terminar, me es grato hacer resaltar a esa Dirección el comportamiento espléndido y la labor intensa realizada por los practicantes del Instituto que han hecho más que cumplir con sus deberes de las obligaciones que han contraído en el momento de la apertura del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis. Dios guarde a V. S. — (Firmado): Víctor Idoyaga".

Estadística de trabajo, segundo semestre año 1919

Enfermedades	A.	S.	O.	N.	D.	Totales
Enfermos atendidos en consultorio . .	108	259	295	228	229	1,119
Inyecciones mercuriales solubles aplicadas	69	164	102	48	59	442
Inyecciones mercuriales insolubles . .	7	23	62	60	32	184
Inyecciones de 914 .	15	46	70	48	61	240
R. de Wassermann (toma de sangre) .	7	9	11	13	23	63
Lavajes uretrales . .	2	1	11	7	5	26

Estadística de enfermedades, segundo semestre año 1919

Enfermedades	A.	S.	O.	N.	D.	Totales
Sífilis	4	11	10	9	3	37
Blenorragia aguda .	3	3	—	—	1	7
Blenorragia crónica .	2	—	3	1	—	6
Artritis.	8	—	—	—	1	9
Placa mucosa . . .	7	—	—	—	—	7
Heredo-sífilis . . .	5	1	5	1	1	13
Chancro mixto . .	2	1	1	—	—	4
Chancro simple . .	1	—	—	1	2	4
Chancro sifilítico .	1	2	3	—	1	7
Ulcera en la pierna .	1	—	—	—	4	5
Reumatismo . . .	—	—	1	—	—	1
Sarna	1	—	1	—	1	3
Anemia (causas div.)	1	—	—	2	—	3
Reumatismo específico	1	—	—	—	—	1
Eczema seborreico .	—	1	—	—	—	1
En observación . .	5	3	8	14	12	42
Lepra	1	1	1	—	1	4
Histerismo. . . .	—	1	—	—	—	1
Buba	—	1	—	—	—	1
Artritis específica .	—	1	—	—	1	2
Placa sifilítica . .	—	1	—	—	—	1
Orquitis	—	1	1	—	—	2
Pelada	—	—	1	—	—	1
Metritis	—	—	2	1	1	4

Enfermedades	A.	S.	O.	N.	D.	Totales
Uretritis	—	—	1	—	—	1
Hemiplegia . . .	—	—	1	—	—	1
Uretritis crónica . .	—	—	1	2	—	3
Dismenorrea . . .	—	—	—	1	—	1
Ciática	—	—	—	1	—	1

La afluencia de enfermos en los consultorios era cada vez mayor; y en los comienzos del siguiente año (1920), ya se imponía ensanchar el servicio.

Y sin menoscabar en lo más mínimo la reputación y pericia profesional del médico que desde hacía un par de años hacía el servicio de inspección de las pupilas de las cuatro casas de tolerancia que existían en la ciudad, se propició la idea de acoplar al Instituto Profiláctico el dicho servicio, consultando mayores beneficios para la comuna y las mismas pupilas. La H. Junta Municipal de la Asunción, de acuerdo con la Dirección de la Asistencia Pública, cuyo Director, el doctor Manuel Peña, secundaba personalmente con todas sus fuerzas la idea, resolvió, en una de sus sesiones, la expresada unificación, según la resolución que copiamos:

"Resolución N.° 23. — Asunción, 31 de mayo de 1920: *Vistos:* La nota de la Intendencia Municipal de fecha 8 del corriente, acompañando el decreto de la H. Junta Municipal, N.° 1019, por el que se resuelve incorporar al Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública el Dispensario de Salubridad Municipal; la resolución del H. Consejo de la repartición, de fecha 17 del mismo mes, solicitando una aclaración del alcance de la disposición del artículo 3.° del referido decreto; la nota aclaratoria de la Intendencia Municipal, de fecha 26 del mismo, y la resolución del H. Consejo, de fecha 27 del mismo mes de mayo en curso, autorizando a la Dirección General a incorporar a la repartición los servicios del Dispensario de Salubridad, el Director General *resuelve:* 1.° Declárase incorporado al Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis del Departamento Nacional de Higiene el Dispensario de Salubridad, bajo las condiciones estipuladas en el Decreto N.° 1019 de la H. Junta Municipal de la Capital, de fecha 29 de abril último, y teniendo en cuenta la aclaración hecha por la Intendencia Municipal en nota N.° 84, de fecha 26 del corriente. 2.° Hasta tanto la Ley de Presupuesto General de la Nación organice esta Sección, asígnasele el siguiente personal: *a)* 1 Director, con

$ 1,000 c|l mensuales de sueldo; *b)* 1 Subdirector, con $ 900 c|l mensuales de sueldo; *c)* 1 Inspector, con $ 1,000 c|l de sueldo, mensuales. 3.° Nómbrase Director de esta nueva dependencia al doctor Víctor Idoyaga, Subdirector al doctor Rogelio Alvarez Bruguez, e Inspector al señor Sebastián Ibarra Legal. 4.° Los sueldos mencionados en el artículo 2.° serán cargados a la partida de $ 3,000 c|l establecida en el artículo 2.° del mencionado decreto N.° 1019. 5.° Comuníquese y notifíquese a quienes corresponda. — (Firmados): M. Peña, Director General. — Plutarco Recalde, Secretario. — Carlos Bordas, Contador''.

De acuerdo con esta unificación, los horarios se ensancharon; el número de enfermos se duplicó, y en la memoria que corresponde al año citado se nota un verdadero progreso en la lucha iniciada hacía apenas un año. La expresada Memoria decía:

''Asunción, 14 de enero de 1921. — Señor Director General del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. — E. S. D. — Tengo el honor de elevar a S. S. la memoria anual correspondiente al año 1920 de la Sección del Departamento que funciona en carácter de Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis. En el segundo año de su apertura, su movimiento se ha intensificado por la circunstancia de habérsele incorporado el Dispensario de Salubridad, que dependía antes de ahora de la Municipalidad de la Capital, y, por otra parte, por los beneficios cada día más conocidos que dispensa a la clase de enfermos que acuden a sus consultorios. Con la incorporación del doctor Rogelio Alvarez Bruguez, como Subdirector, de un Inspector y de los servicios que prestan los estudiantes de la Facultad de Medicina en el Instituto, el recargo de trabajo por exceso de enfermos se ha aligerado un tanto; pues, como la Dirección debe estar al corriente, los consultorios funcionan actualmente todos los días de la semana, en la forma siguiente: *Lunes, de 8 a 9 p. m.* Inspección y tratamiento de enfermos. — *Martes, de 10 1/2 a 12 m.* Inspección y tratamiento de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas. — *Miércoles, de 8 a 9 p. m.* Inspección y tratamiento de enfermos. — *Jueves, de 10 1/2 a 12.* Inspección y tratamiento de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas. — *Viernes, de 8 a 10 a. m.* Aplicación de 914; Reacción de Wassermann de la sangre, punción lumbar, etc., etc. — *Sábado, de 9 11 a. m.* Visitas domiciliarias de inspección de las casas de prostitución reglamentadas. Como se nota, el servicio se ha duplicado. En

el año pasado no funcionaba sino tres días de la semana y aún con la aplicación de los horarios que rigen actualmente se deja de atender y tratar a los enfermos por falta material de tiempo. Así, por ejemplo, la cura y el tratamiento de los enfermos que padecen de *uretritis gonocóccicas* (aguda y crónica), con todas sus complicaciones, no se pueden practicar en la debida forma, pues sería necesario habilitar todas las horas de la mañana (martes, jueves y sábados), para hacer un tratamiento mucho más eficaz. Todo esto porque es el único consultorio externo que funciona en la capital para esta clase de enfermos. Lo propio puede decirse de la cura y tratamiento de la *vulvo-vaginitis* y *metritis blenorrágica* de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas. Creemos, sin embargo, que con la apertura, en el año próximo venidero, del 5.º año de la Facultad de Medicina, en donde figura la asignatura "Sífilis y enfermedades de la piel" y la habilitación de la Sección Hospitalización, esta última ya solicitada por el suscripto, se podría transformar el Instituto Profiláctico en una verdadera Clínica de Dermatosifilografía, y el tratamiento de los citados enfermos se practicaría de la manera más eficiente posible. Como simple opinión del suscripto, y con el objeto de beneficiar el mayor número de enfermos posible, y teniendo en cuenta la ubicación algo lejana del local que ocupa el Instituto, el cual se halla en un extremo de la ciudad, se podría aprovechar la instalación ya existente de la 1.ª Zona Sanitaria (lucha contra la anquilostomiasis), para instalar un consultorio anexo de Venéreo-Sífilis, a cargo del Médico de Zona, doctor Antonio D'Atri, especialista distinguido en estas afecciones, con el concurso de dos estudiantes de medicina (4.º año). Con el objeto de facilitar y distribuir el trabajo, se ha encargado al Médico Subjefe la Sección Ginecológica (tratamiento, inspección, visitas domiciliarias, etc., de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas), consultorio de día; y el suscripto se ha encargado de la Sección Venéreo-Sífilis (sección hombres, en los consultorios de noche). Los estudiantes de medicina concurren indistintamente a los consultorios de las dos secciones. En el transcurso del año en curso va a regularizarse igualmente la Sección Estadística, historias clínicas de los enfermos, libro de inscripción de las pupilas, correspondencia de la Dirección, inventario general del Instituto, etc., de manera de servir esta Sección a una verdadera fuente de información para todos los informes que se soliciten en este carácter de la Dirección General del Departamento Nacional de

Higiene y Asistencia Pública. Se ha iniciado un ensayo de campaña contra la prostitución clandestina, pero ha tenido que abandonarse temporalmente, hasta que la Dirección del Departamento habilite una Sección de Hospitalización, anexa al Instituto o a los servicios de clínica del Hospital Nacional. Por la misma razón, el contralor y la cura de las pupilas de las casas reglamentadas no se practican como debe hacerse, pues, en las libretas de las mismas, donde se anota la consigna de "*enferma*", por ejemplo, están obligadas a volver a asilarse en las casas de donde provienen y en donde ellas ejercen, obligadas a trabajar, ya sea por voluntad propia o contrariadas por los gerentes de las respectivas casas. Es, pues, urgente e impostergable, para seguir la lucha antivenérea reglamentada, sino aún más de la clandestina, que parece mucho más peligrosa y extendida de lo que se podría suponer. El suscrito ha elevado a la Dirección el plan de la referida campaña, que debe hacerse de acuerdo y con la ayuda de la Jefatura de Policía de la Capital. En la memoria del año próximo pasado se había hecho notar la frecuencia de las manifestaciones más comunes observadas en el rubro de afecciones venéreo-sifilíticas. Hoy, por vía de ampliación, debo agregar la frecuencia extrema de las manifestaciones heredo-sifilíticas de la edad adulta, como he tenido oportunidad de demostrar en una conferencia pública dada bajo el patrocinio del "Centro de E. de Medicina". Igualmente los enfermos afectados de lepra han aumentado en cantidad apreciable en los Consultorios, donde son debidamente tratados y observados, y mientras no se cuente con un leprocomio, el consultorio anexo a la 1.ª Zona Sanitaria, como se ha propuesto más arriba, podría ocuparse casi exclusivamente de esta clase de enfermedad. El reglamento sobre casas de prostitución que rige actualmente (1913), debe sufrir modificaciones esenciales, en donde faltan, sobre todo, las disposiciones punitivas a aplicar a las que ejercen la prostitución clandestina, lo mismo en lo que se refiere a las multas e impuestos sanitarios. En el transcurso del año tendré el honor de elevar a la Dirección el referido proyecto de reglamentación. Adjunto igualmente la lista de los instrumentos y útiles para la instalación de un Laboratorio anexo al Instituto, de cuya necesidad e importancia se ha hablado e insistido en la memoria del año próximo pasado. En tres hojas anexas van especificadas: 1.º estadística de las enfermedades. 2.º estadística de los trabajos de la Sección; 3.º rendición de cuenta de los impuestos sanitarios cobrados en el año. Según el Proyecto de Presupuesto

elevado a la Dirección y que se espera haya de regir desde el corriente año, el Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis podrá dar mejor cumplimiento a la misión encomendada a él por la Dirección General desde su apertura. Al terminar esta ligera reseña, me es grato repetir lo ya dicho en la memoria precedente: "La voluntad y el trabajo asiduo del personal bajo mi dirección". 4,785 enfermos han sido atendidos y tratados en el Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis en el transcurso del año fenecido. Sin más, saludo al señor Director con mi consideración más distinguida. — (Firmado): Víctor Idoyaga".

En la misma época, presentábamos a la consideración de la Dirección General de la Asistencia Pública, el Proyecto de Reglamento Interno del Instituto, consultando el mejor servicio de la Sección a nuestro cargo:

PROYECTO DE REGLAMENTO INTERNO DEL INSTITUTO PROFILACTICO DE VENEREO-SIFILIS

OBJETO

El Instituto Profiláctico ha sido fundado con el propósito exclusivo del tratamiento y profilaxis de enfermedades venéreo-sifilíticas y piel.

Se divide en cuatro secciones:

1.º Sección Venéreo-Sífilis (hombres).

2.º Sección Ginecología (mujeres).

3.º Sección Hospitalización.

4.º Sección Laboratorio.

PERSONAL

El personal del Instituto se compondrá de:

Un Médico Director.

Un Médico Subdirector.

Tres Ayudantes (estudiantes de Medicina).

Un Secretario Perceptor.

Un Preparador de Laboratorio (estudiante de Medicina).

Un Mozo de Laboratorio.

Un Ordenanza.

EL DIRECTOR

Son deberes del Director:

1.º Ejercer la Dirección del Instituto.

2.º Encargarse de la vigilancia del Servicio, para lo cual se pon-

drá en comunicación directa con el Director de la Asistencia Pública, para todas las cuestiones del servicio, que crea necesario trasmitir o consultar.

3.° Proponer a la Dirección General todas las medidas concernientes a la lucha antivenérea, de la prostitución reglamentada y de la clandestina.

4.° Atender personalmente los diversos consultorios de la Sección, como Médico de consulta y con especialidad la Sección Venéreo-Sífilis (hombres).

5.° Contralorear personalmente los diversos trabajos encomendados a los otros médicos y ayudantes del Instituto.

6.° Proponer a la Dirección General todas las modificaciones y mejoras de la reglamentación existente, referente a las casas de prostitución reglamentadas, de acuerdo con los adelantos de la ciencia moderna.

7.° Sér responsable del orden del mobiliario y de la existencia total del Instituto.

8.° Distribuir el servicio médico del personal a sus órdenes.

9.° Ejercer el contralor de todas las disposiciones dadas por él mismo.

10. Practicar, por lo menos, una visita domiciliaria semanal en las diferentes casas de prostitución, acompañado del Médico Subjefe o ayudantes.

11. Proponer a los gerentes de las casas de prostitución todas las medidas para mejorar en el servicio de las pupilas y otras de carácter de higiene general.

12. Representar al Instituto en los actos públicos.

13. Confeccionar la memoria anual de la Sección.

14. Organizar el Archivo y Estadística.

15. Firmar y proveer vistobuenos a todas las comunicaciones dirigidas a la Dirección General, a los diferentes talonarios de recibos por impuestos, pedidos de aparatos, útiles, instrumentos, etc.

16. Firmar las libretas de inspección de las pupilas.

17. Amonestar y separar, con cargo de dar cuenta a la Dirección General, a los empleados bajo su dependencia, por faltas graves en el desempeño de sus funciones.

18. El Médico Director no puede por causa alguna abandonar su servicio o faltar sin aviso de la Dirección General.

19. Proponer a la Dirección General el nombramiento de los empleados de su dependencia.

20. Dar trámite a las solicitudes de licencia del personal a sus órdenes.

21. Poner el vistobueno al libro de asistencia diaria.

22. Dirigirse a los jefes de reparticiones públicas sobre asuntos de la Sección, con autorización de la Dirección General.

23. Dar conferencias públicas de vulgarización sobre profilaxis de

enfermedades venéreo-sifilíticas, en el local del Instituto o donde la Dirección General indique.

24. Intervenir en la entrega de fondos provenientes de los impuestos, en la Tesorería de la Asistencia Pública.

25. Encargarse de la dirección inmediata de la Sección Laboratorio.

26. Será Jefe de Clínica de la Sección Hospitalización (hombres).

DEL SUBDIRECTOR

Son sus deberes y atribuciones:

1.º Reemplazar al Director en caso de enfermedad o licencia.

2.º Encargarse exclusivamente de la Sección Ginecología, inspección de pupilas y visitas domiciliarias.

3.º Firmar las libretas o tarjetas respectivas.

4.º Proponer al Director todas las medidas pertinentes al mejor servicio de la Sección a su cargo.

5.º Encargarse de la cura y tratamiento personal de las pupilas en los consultorios respectivos.

6.º Dar instrucciones individuales a las pupilas sobre el peligro y profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

7.º Organizar el Archivo de la Sección Ginecología.

8.º Firmar los vales para los trabajos destinados a la Sección Laboratorio.

9.º Dar conferencias públicas sobre temas de profilaxis de enfermedades venéreo-sifilíticas.

10. Proponer a los gerentes de las casas de prostitución reglamentadas todas las medidas sobre higiene y profilaxis venérea.

11. Será Jefe de servicio de la Sección Hospitalización (mujeres).

DE LOS AYUDANTES

1.º Encargarse de la cura y tratamiento personal de los enfermos que le indique el Médico Director o Subdirector.

2.º Practicar personalmente las inyecciones.

3.º Extracción de sangre para reacción de Wassermann.

4.º Extracción de pus y secreciones para exámenes microscópicos.

5.º Curas vaginales y uretrales.

6.º Inspección de las pupilas con la presencia del Médico Jefe o Subjefe.

7.º El examen médico de cada prostituta se referirá a los órganos sexuales, externos e internos, con el uso del speculum, hasta el cuello del útero, al meato urinario, a la margen del ano, a la boca y la mano.

8.º Ser responsable de la conservación y limpieza de las jeringas, instrumentos, de su colocación en las vitrinas respectivas, etc.

9.° Preparar las soluciones medicamentosas, hacer hervir el agua en los recipientes, etc.

10. Acompañar al Médico Jefe o Subjefe en las visitas domiciliarias respectivas.

11. Confeccionará la historia clínica.

12. Ayudar personalmente a las intervenciones que se practiquen.

13. Presentarse media hora antes de las horas indicadas en los consultorios externos.

14. Evitar toda conversación fuera del servicio médico con las pupilas que acudan a los consultorios.

DEL AYUDANTE DE LABORATORIO

Son sus obligaciones:

1.° Confección del inventario de los útiles e instrumentos a su cargo.

2.° Encargarse de todos los trabajos de laboratorio ordenados por el Director o Subdirector.

3.° Tener bajo su cuidado y contralor los animales del laboratorio.

4.° Redactar los informes de los trabajos encomendádoles.

5.° Llevar la estadística del movimiento de la Sección.

6.° Preparar los reactivos y colorantes.

7.° Presentar a la Dirección la lista de pedidos de la Sección a su cargo.

DEL SECRETARIO PERCEPTOR

Será encargado:

1.° De la confección del inventario general del Instituto.

2.° Del libro de anotaciones diarias.

3.° Del libro de registro de las pupilas de las casas reglamentadas.

4.° Del libro de inscripción de prostitutas clandestinas.

5.° Del libro copiador de notas.

6.° Del libro de asistencia diaria de los empleados.

7.° Del libro de anotaciones de historia clínica, registro de exámenes de sangre, etc., etc.

8.° Del libro álbum fotográfico de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas.

9.° Del Archivo y Estadística.

10. De los talonarios, tarjetas y formularios de la Sección.

11. De la redacción de las comunicaciones diversas.

12. De la confección de los partes diarios y mensuales.

13. De la percepción de los impuestos y multas.

14. De la contabilidad de la misma.

15. De la entrega a la Tesorería de la Asistencia de los mismos fondos.

16. De la confección de las planillas.

17. De la entrega de las tarjetas de curas y tratamientos.

18. De la confección de las hojas de identidad de las pupilas.
19. Del pedido de útiles de escritorio de la Dirección.

DE LOS ORDENANZAS

Tendrán a su cargo:

1.º La limpieza, el orden y arreglo del mobiliario de la Institución.

2.º Cuidado de la ropa blanca de la Sección.

3.º Limpieza, barrido y baldeo del piso de los consultorios.

4.º Llenar los depósitos de agua de los laboratorios y depósitos de agua hervida, antes de la apertura de los consultorios.

5.º Encargarse de la limpieza de todos los instrumentos, jeringas, sondas, cubetas, etc., etc.

6.º De hacer entrar por orden los enfermos en los consultorios.

7.º Despachos de las prescripciones medicamentosas en la Farmacia central.

8.º Presentarse una hora antes de la fijada en los consultorios, para su limpieza y ventilación.

9.º Encargarse de todas las ocupaciones y trabajos ordenados por los médicos o ayudantes.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

1.º En los consultorios externos no podrá ser recibido ningún enfermo fuera de los días y horas designados.

2.º No se podrá llevar de la Sección ningún medicamento ni instrumento, sin consentimiento del Médico Jefe.

3.º Los empleados del Instituto se presentarán a la Sección media hora antes de los horarios respectivos.

4.º No podrán ser nombrados ayudantes rentados de la Sección, sino los estudiantes que cursen quinto año en la Facultad de Medicina.

5.º Los ayudantes actuales permanecerán en sus cargos hasta llenar los requisitos del artículo anterior.

6.º Los estudiantes de Medicina que deseen trabajar y asistir en los consultorios del Instituto, en carácter "ad honorem", además de las disposiciones 4.ª y 5.ª, deben someterse en todo a las disposiciones del presente Reglamento.

7.º Tanto los ayudantes rentados como los de carácter "ad honorem" deberán ser responsables personalmente de toda pérdida o deterioro de los instrumentos que el Instituto pone a su disposición para los trabajos del consultorio externo.

8.º Los pedidos de permiso deben hacerse directamente al Médico Jefe, quien los elevará a la Dirección General, para concederse de acuerdo a las disposiciones en vigencia en el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

9.º Los fondos provenientes de impuestos sanitarios y multas de-

berán ser entregados por el Inspector los sábados de cada semana, a la Tesorería General de la Asistencia Pública.

10. Un libro de asistencia diaria de empleados deberá ser firmado todos los días por los empleados de la institución.

11. Todas las cuestiones no previstas en el presente Reglamento serán resueltas de acuerdo con la Dirección General.

12. Queda terminantemente prohibido a los enfermos del Consultorio esperar turno en el despacho de la Dirección.

13. Los ayudantes serán designados por turno practicantes internos de la Sección Hospitalización.

Llegamos al año 3.° de fundación de nuestro Instituto Profiláctico. La Memoria correspondiente aún no ha sido confeccionada. Sin embargo, me es grato presentar a la consideración de esta docta Asamblea la Estadística de enfermedades y trabajos realizados en los seis primeros meses del año, para bordar en seguida los comentarios que fluyen en los tres años de su fundación. Las estadísticas de este semestre se resumen en los siguientes cuadros:

Estadística de enfermedades. — Año 1920

Enfermedades	E	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total
Metrorragia	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Uretritis crónica	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Balano-prostatitis	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Amigdalitis crónica	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Ulcera en el cuello del útero	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	5	1	9
Nefritis	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	4
Blenorragia aguda	—	2	2	3	1	4	2	17	29	9	8	11	88
Idem crónica	—	—	—	1	1	—	—	11	12	10	6	7	48
Sífilis	52	48	14	7	12	15	12	8	15	10	9	24	262
Chancro sifilítico	—	—	4	2	—	4	1	7	—	—	3	6	27
Idem simple	2	1	4	1	3	5	5	4	7	3	7	2	44
Idem mixto	—	—	—	1	2	3	1	3	3	—	3	—	16
Adenitis inguinal	1	—	—	—	1	—	—	—	—	4	1	—	10
Prostatitis	2	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	6
Reumatismo articular	5	—	2	—	1	—	1	—	1	—	1	—	11
Epilepsia	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Pelada	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	6
Observación	—	9	27	13	13	12	27	19	23	18	13	18	212
Metritis	—	—	2	—	2	—	19	8	6	21	6	—	64
Bartholinitis	—	—	2	—	—	—	4	3	5	—	—	1	15
Lepra	2	—	3	—	7	—	5	7	7	2	—	6	40
Piodermitis	1	—	—	—	1	—	3	—	—	1	—	—	6
Leishmaniosis	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Deferentitis	1	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	4
Bacilosis	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Heredo-sífilis	1	—	—	—	2	—	—	—	—	1	5	1	10
Urticaria	—	—	—	—	1	—	3	—	—	2	—	—	6
Estomatitis mercurial	—	—	—	4	—	—	1	—	—	—	—	2	7
Histeria	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	2	1	7
Artritis sifilítica	—	—	3	—	1	—	2	1	—	1	3	—	11
Sarna	—	1	—	—	—	—	—	1	2	3	4	—	11
Anemia (causas diversas)	—	1	—	1	1	—	—	—	1	—	2	—	6
Eczema	1	1	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	6

Enfermedades	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total
Dismenorrea	1	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Buba	—	1	1	—	1	—	2	—	1	—	—	2	8
Calculosis renal	1	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	4
Sífilis gomosa	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	6	8
Neuralgia intercostal . . .	1	—	1	—	1	—	—	—	—	2	—	1	6
Artritis blenorrágica . . .	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	3	7
Placa mucosa	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	6
Ulcera de la pierna . . .	4	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	6
Anquilostomiasis	3	—	2	—	—	—	10	1	1	—	3	—	20
Orquitis blenorrágica . . .	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	3	1	6
Roseola sifilítica	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
Hemiplegia	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Dispepsia	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Neuritis alcohólica	—	1	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	4
Reumatismo sifilítico . . .	—	3	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	6
Adenitis inguinal	—	1	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	5
Uretritis simple	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
Prostatitis blenorrágica . . .	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	3

Estadística de trabajo. — Año 1920

Enfermedades	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	Total
Enfermos atendidos en el Consultorio	241	212	236	198	443	731	381	381	477	396	520	640	4,785
Visitas domiciliarias (casas de prostitución)	—	—	—	—	—	16	17	16	16	16	17	17	108
Inyecciones mercuriales solubles	40	73	109	100	90	76	30	34	69	122	89	109	951
Idem Idem insolubles	8	24	30	21	10	9	16	25	45	24	12	28	245
Idem de 914	17	33	31	34	24	43	100	75	61	54	40	94	608
Reacciones de Wassermann .	19	21	9	23	10	11	5	20	22	20	10	18	188
Lavajes uretrales	2	—	—	5	—	5	7	2	27	17	9	11	83
Punción lumbar	3	—	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	8
Examen de la gota uretral . .	—	—	—	—	—	16	11	15	26	8	14	16	106

Estadística de enfermedades. — Primer semestre. Año 1921

Enfermedades	E.	F.	M.	A.	M.	J.	Total
Sífilis	35	22	28	19	16	12	132
Blenorragia	15	9	3	14	4	2	47
Idem crónica	11	8	22	9	9	1	60
Ulcera en la región interglútea	1	—	—	1	—	—	2
Lepra	4	5	—	1	1	—	11
Metritis	2	1	1	2	—	—	6
Estomatitis	2	—	1	—	2	—	5
Metritis gonocóccicas	9	—	—	—	—	1	10
Chancro sifilítico »	5	4	5	3	2	—	19
Idem simple	2	2	—	1	—	1	6
Idem mixto	3	—	1	—	—	1	5
Reumatismo articular	1	—	—	—	1	—	2
Eczema	1	—	2	1	1	—	5
Estomatitis mercurial	3	1	3	—	—	—	7
Forunculosis	2	1	—	—	—	—	3
Artritis gonocóccicas	1	—	—	—	2	—	3
Prostatitis crónica	1	—	—	—	—	—	1
Embarazo gástrico	2	—	—	1	—	—	3
Dispepsia	1	1	—	—	—	—	2
Anemia (causas diversas)	2	—	1	—	1	2	6
Epididimitis crónica	1	—	—	—	—	—	1
Neuritis	—	1	—	—	—	—	1
Heredo-sífilis	3	3	2	2	—	1	11
Observación	14	2	8	14	4	6	48
Paludismo	1	2	2	—	—	—	5
Artritis	1	2	—	1	—	2	6
Adenitis	1	—	—	—	—	—	1
Dismenorrea	1	3	—	1	1	—	6
Orquitis blenorrágica	—	3	2	—	—	—	5
Incontinencia urinaria	—	1	—	—	—	—	1
Acné hipertrófico	—	2	—	—	—	—	2
Prostatitis	—	1	—	—	—	—	1
Leishmaniosis	—	1	—	1	—	—	2

Estadística de enfermedades. — Primer semestre. Año 1921

Enfermedades	E.	F.	M.	A.	M.	J.	Total
Constipación intestinal	—	3	3	1	—	—	7
Ulcera en el cuello	1	—	—	—	1	—	2
Acné específico	—	1	—	—	—	—	1
Epididimitis blenorrágica	—	—	1	—	—	—	1
Traqueítis crónica	—	—	1	—	—	—	1
Leucorrea	—	—	1	—	1	—	2
Adenitis inguinal	—	1	3	1	1	—	6
Herpes circinado	—	—	1	—	—	—	1
Escrofulosis	1	—	1	—	—	—	2
Foliculitis	2	—	1	—	—	—	3
Sarna	1	—	—	7	4	2	14
Orquitis	1	—	—	2	—	—	3
Uretritis	—	2	—	—	1	—	3
Piodemitis	—	—	—	1	—	—	1

Estadística de trabajo. — Primer semestre. Año 1921

Enfermedades	E.	F.	M.	A.	M.	J.	Total
Enfermos atendidos en el consultorio	732	608	689	536	458	522	3,545
Inyecciones mercuriales solubles	111	107	112	191	122	83	726
Idem Idem insolubles	17	25	19	12	16	7	96
Idem de 914	112	86	68	73	64	55	458
R. de Wassermann (toma de sangre)	33	15	17	16	23	14	118
Lavajes uretrales	25	48	103	67	72	67	382
Examen de la gota uretral	23	5	8	19	21	17	93
Visitas domiciliarias	6	15	—	—	2	—	23

Según se desprende del contenido de la reglamentación de este importante Servicio de la Asistencia Pública, el Instituto Profiláctico, actualmente, funciona dividido en cuatro secciones:

1.ª *Sección Venéreo-Sífilis.* — (Consultorio nocturno). Para hombres y mujeres. Inspección y tratamiento de enfermos. 3 Consultorios semanales. Aplicación de sales solubles e insolubles mercuriales. Tratamiento de la uretritis gonocóccica y sus complicaciones: grandes lavajes uretrales, masajes de la próstata, dilataciones, instilaciones, pequeña cirugía urinaria, etc., etc., en el consultorio diurno; toma de sangre para Wassermann, aplicación de 914.

2.ª *Sección Generológica y Venérea* (mujeres exclusivamente). — Dos consultas semanales. Inspección de las pupilas de las casas reglamentadas. Firma y revisión de las libretas. Tratamiento y cura de afecciones generológicas y venéreas de las mismas. Y el último día de la semana (sábado), contravisita a las mismas casas y nuevas firmas y revisión de sus libretas.

3.ª *Sección Laboratorio.* — Para Wassermann de la sangre. Ultramicroscopia. Examen del líquido céfalo-raquídeo. Examen de las secreciones. Autoseroterapia, etc., etc.

4.ª *Sección Hospitalización.* — Sifilicomio Nacional, cuya instalación y habilitación se encuentra en proyecto actualmente.

El Instituto Profiláctico funciona con 2 médicos y 6 practicantes de Medicina, de curso superior.

La estadística se lleva en forma casi completa: de enfermos con sus diagnósticos respectivos; y de trabajo. A cada enfermo se le entrega, después de cada consulta. una ficha de cartón, donde van anotados sus nombres respectivos, el medicamento, la dosis y la fecha de las inyecciones, anotaciones que se efectúan en cada curación. Para enfermos, para otras investigaciones. como el Wassermann de la sangre, por ejemplo: el género del examen, fecha y hora en que debe presentarse.

El cómputo parcial es pasado, después de cada consulta, a los libros correspondientes, y el total, en forma de parte diario, a la Dirección de la Asistencia Pública. y mensualmente lo que corresponde a la misma Institución.

Y una memoria detallada, con todas las observaciones referentes a las modalidades clínicas más frecuentemente observadas, resultado del tratamiento arsenical, enseñanzas deducidas del Wassermann de la sangre. estadística de trabajo

y de trabajo completo, es pasada al finalizar el año a la Dirección del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

Por ser la institución que, en su género, es la primera establecida en la Capital, a sus beneficios se han acogido personas pudientes y no pudientes, y con el objeto de cortar abusos posibles, la Dirección del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública ha dispuesto, a propuesta del Médico-Jefe del Instituto, como tarifa reducida, cuya copia es la siguiente:

ARANCEL DEL INSTITUTO PROFILACTICO DE VENEREO-SIFILIS

Acta número 121. Sesión de fecha 2 de julio de 1920

. . . .

Por último se trata el proyecto de arancel de los servicios del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, elevado por el Director del mismo, doctor Víctor Idoyaga, sometido al dictamen del doctor Masi, siendo aprobado como sigue:

Reacción de Wassermann	$	200
Idem de Widal	”	200
Idem de Widal paratífica A y B	”	200
Otras reacciones (oftalmo, cuti, etc.)	”	200
Análisis de sangre completo (hemoglobina, fórmula leucocitaria, contage globular, parasitología)	”	200
Ultramicroscopia, espiroquetas, etc.	”	100
Punción lumbar y examen del líquido céfalo-raquídeo . .	”	200
Análisis de pus, esputos, secreciones, etc.	”	100
Análisis de orina, completo	”	125
Idem de albúmina y azúcar	”	125
Biopsias y estudios anatomo-patológicos	”	200
Análisis de leche, completo	”	125
Idem de ídem, parcial	”	75
Idem químico del agua	”	750
Idem bacteriológico.	”	1,500
Examen del jugo gástrico	”	350
Examen de heces fecales	”	75
Aislamientos, cultivos de microbios, experiencia sobre animales, etc.	”	200
Aplicaciones de 606 o 914 por cada vez	”	60
Inyecciones endovenosas de sales mercuriales u otras . .	”	60
Inyecciones hipodérmicas e intramusculares en general . .	”	30
Lavajes uretrales	”	10
Lavajes y curaciones vaginales	”	15
Aplicación de vacunas	”	50

El Paraguay, por circunstancias especiales de orden económico, no puede aún hacer la profilaxis de las enfermedades venéreas en forma completamente gratuita y obligatoria, como ya lo practican algunos países americanos, a cuya cabeza se encuentra la República Oriental del Uruguay, que es la primera en Sud América que ha instalado Institutos modelos.

Tal es la forma actual del servicio del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis de Asunción.

De las consideraciones precedentes deducimos que se ha esbozado en nuestro país la lucha antivenérea, pero aún hay mucho que hacer.

Hoy por hoy, los enfermos que acuden a los consultorios del Instituto son tratados de una manera metódica, sistemática y de acuerdo con los adelantos de la Sifilografía moderna; estos enfermos, antes de ahora, si bien eran atendidos en los otros Consultorios de la Asistencia Pública, lo eran de una manera irregular y sin método.

El contralor de las pupilas reglamentadas se hace con más eficacia. La sífilis, en su forma virulenta y contagiosa, ha casi, desaparecido entre las mismas, gracias a la medicación arsenical; queda aún siempre en pie la curabilidad de esta afección tenaz.

Las pupilas se interesan cada día más sobre las medidas profilácticas, para preservarse del contagio. Pero una cosa es aún esencial y necesaria: disponer del Sifilicomio, donde puedan hospitalizarse los enfermos.

Los reglamentos sobre prostitución dictados en el país son, por su orden cronológico, los siguientes:

Reglamentación del ejercicio de la prostitución

Asunción, 12 de agosto de 1910.

Reconociendo la imperiosa necesidad de reglamentar la prostitución, adoptando medidas eficaces de vigilancia bajo severo contralor médico-policial para desterrar la forma clandestina de su ejercicio, con el fin de atenuar los efectos de ese mal social, en uso de la facultad acordada por el artículo 6.°, inciso 6.° de la Ley de agosto de 1889,

El Departamento Nacional de Higiene

RESUELVE:

Artículo 1.° Consentir el ejercicio de la prostitución en locales del municipio no comprendidos en el radio determinado en el artículo siguiente. No podrá haber más de uno en cada dos cuadras, comprendidas ambas aceras, siempre que donde se instalen no hayan templos ni establecimientos de educación reconocidos como tales por las autoridades competentes.

Art. 2.° Dentro de la zona comprendida por las calles Colón, Manduvirá, Río Apa, Brasil, Asunción y Buenos Aires, abarcando las dos aceras, queda prohibida la instalación de prostíbulos.

Estos no podrán tener signo exterior ni interior alguno que denuncie su carácter, ni servidumbre de vistas sobre las propiedades vecinas, ni paredes divisorias con los patios cuya altura sea menor de 3 metros 50 centímetros.

Prohíbese en dichos locales el expendio de comestibles y bebidas.

Art. 3.° Se consideran como un mismo local los diversos pisos que forman un solo cuerpo de edificio, aún cuando las entradas sean distintas, como también cuando dos o más casas o pisos se comuniquen entre sí.

Art. 4.° El número de mujeres en los prostíbulos estará siempre en relación con la capacidad de los edificios que ocupen, fijada a juicio del Jefe del Dispensario.

Art. 5.° Los prostíbulos no podrán funcionar sin permiso y éste se otorgará a nombre de una de las mujeres que habite la casa, lo cual no obsta para que cada una de ellas sea responsable de las infracciones que cometa.

El permiso será semestral e intransferible, pudiéndose retirar cuando las infracciones a los reglamentos y ordenanzas por desórdenes o delitos producidos en los locales lo reclamen.

La rehabilitación del prostíbulo se acordará previo pago de los impuestos o multas adeudadas por cualquier concepto.

Art. 6.° Las prostitutas deberán inscribirse en un registro especial, que llevará la Municipalidad, a cuyo efecto se le proveerá de una libreta de sanidad que deberá llevar siempre consigo, donde conste su retrato y filiación.

Será rechazada y puesta a disposición del Ministerio de Menores toda mujer que no justifique, con los respectivos do-

cumentos o pruebas testimoniales suficientes, ser mayor de 18 años. (Artículo 331 del Código Penal).

Art. 7.º Estarán sometidas a la inspección y visita médica que se determinen, las cuales serán gratuitas en el Dispensario y pagas a domicilio, debiendo la Intendencia Municipal prestar preferente atención al tratamiento de las enfermedades venéreas y de la piel, con la instalación de consultorios especiales, donde no será necesario exigir el certificado de pobreza.

Art. 8.º Las mujeres enfermas que, a juicio de los Médicos Municipales o de Dispensarios, no deban ejercer la prostitución, serán recluídas obligatoriamente en el local del Dispensario por el tiempo exigido para su completa curación o desaparición de las manifestaciones susceptibles de transmitirse por contagio. La asistencia que se les preste en tales casos será gratuita.

Art. 9.º Las mujeres que padezcan de cualquier enfermedad infecto-contagiosa no podrán ser atendidas en los prostíbulos, y, en caso de no hospitalizarse voluntariamente, quedarán obligadas a manifestar a la Dirección del Dispensario el local en que se alojen.

Art. 10. Las prostitutas que deseen obtener su eliminación del Registro, deberán justificar su retiro de la profesión con el testimonio de dos personas honestas y un certificado de la Policía del abandono de la prostitución, quedando, sin embargo, la mujer durante cierto tiempo bajo la vigilancia del Dispensario.

Art. 11. Cuando, por intermedio de la Inspección General Municipal o de la Policía, se compruebe la existencia de un prostíbulo clandestino, el respectivo local será inmediatamente desalojado, sin perjuicio de la imposición de las penas a que se hayan hecho acreedores los ejecutores y encubridores.

Art. 12. Toda incitación al libertinaje, entendiéndose por tal la que se traduzca en palabras, gestos o acciones notoriamente a ello dirigidos, cometida en la vía pública, será en el acto reprimida con ayuda de la Policía.

Art. 13. La infracción de cualquiera disposición de este reglamento será penada con multa, con la clausura temporal o definitiva del local o con una y otra adjuntamente.

Art. 14. Mediando motivos especiales o circunstancias excepcionales, la Intendencia Municipal podrá negar el permiso para establecer prostíbulos, aún cuando se satisfagan las condiciones expresadas, previa consulta al Departamento Nacional de Higiene.

Art. 15. La Intendencia Municipal impondrá las multas

y adoptará las demás medidas autorizadas por esta reglamentación.

Art. 16. Las disposiciones que anteceden no derogan ni modifican las resoluciones de la Policía destinadas a los mismos fines denunciados.

Art. 17. En esta reglamentación se atenderán con preferencia las prescripciones de higiene y moralidad, como también todas aquellas tendientes a hacer conocer a las prostitutas los derechos que les amparan.

Art. 18. El presente reglamento regirá desde su aprobación por el Poder Ejecutivo de la Nación, quedando sin efecto las disposiciones reglamentarias que se hubiesen dictado sobre el ejercicio de la prostitución.

Art. 19. Publíquese en el "Boletín Oficial".

(Fdos.) : *Juan B. Benza. — R. Alvarez Brúguez.*

Asunción, 3 de noviembre de 1910.

Visto el reglamento dictado por el Departamento Nacional de Higiene sobre el ejercicio de la prostitución, sometido a la consideración del Poder Ejecutivo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 6.º, inciso *d),* de la Ley de agosto 16 de 1899;

El Vicepresidente de la República, en ejercicio del Poder Ejecutivo,

RESUELVE:

1.º Aprobar la referida reglamentación, que consta de 19 artículos.

2.º Comuníquese, publíquese y dése al Registro Oficial.

(Fdos.) : *González Navero. — Adolfo Riquelme.*

REGLAMENTO SOBRE CASAS DE PROSTITUCION

La Junta Municipal de Asunción, reunida en Consejo.

ORDENA:

Artículo 1.º Toda persona que desee establecer una casa de prostitución, deberá solicitarlo de la Intendencia Munici-

pal, resolviéndose el pedido de acuerdo con las leyes y disposiciones vigentes sobre la materia, previo informe de la Asistencia Pública Municipal.

De los permisos concedidos y una vez abonados los derechos correspondientes, dejarán constancias en sus registros la Inspección General y la Asistencia Pública, dándose cuenta también a la Policía, para que ésta pueda conocer en forma los locales contenidos y habilitarla así para prestar la cooperación que esta Ordenanza le concede respecto a las denuncias de los clandestinos.

Art. 2.º El permiso se dará con la condición de sujetarse estrictamente a todas las disposiciones vigentes o que en adelante se dictaren y caducarán el 31 de diciembre de cada año.

Art. 3.º Por razones de higiene y moralidad, los prostíbulos reunirán las siguientes condiciones:

a) Sólo se consentirá una puerta de acceso, tapiándose con muro de mampostería las otras de que antes se dispusiese, no permitiéndose tampoco, cuando la propiedad forme esquina o su extensión llegue a la cuadra paralela, aberturas o vistas sobre otras calles.

En toda la extensión del zaguán, no habrá otra puerta que la cancel con vidrios opacos y colocados en el límite con el patio.

b) El uso de las azoteas sólo será permitido cuando así lo exijan las necesidades de reparación u obra, y, periódicamente, al personal del servicio para fines de limpieza, retirando o clausurando los medios de acceso, cuando estos casos no se produzcan.

c) Los frentes, zaguanes, puertas, ventanas, y, en general, toda parte del edificio visible desde la vía pública, no podrán pintarse con colores llamativos.

d) El piso de los patios y demás dependencias serán de material impermeable.

e) Las habitaciones estarán convenientemente ventiladas, tendrán como mínimum una altura de 3 m. 50, y su capacidad no inferior a tres metros cúbicos. Los cielorasos serán de madera o lienzo. No será permitido el uso de piezas de madera.

f) Las casas estarán siempre en todos su detalles en perfectas condiciones de higiene.

g) Habrá un cuarto de baño con friso y piso impermeables. Del mismo material será el asiento de las letrinas; éstas tendrán sus respectivos caños de ventila-

ción. Las casas que estuviesen situadas sobre o en las proximidades de las calles que posean cloacas, deberán tener inodoros.

h) No será permitido tener aves ni otras clases de animales domésticos.

En la casa de tolerancia es obligatorio:

i) Mantener la puerta que da a la vía pública totalmente abierta o cerrada.

j) Tener siempre cerrada la puerta cancel, como también las celosías y ventanas exteriores.

k) Tener iluminación en todos los patios.

l) Tener un cajón metálico con tapa para depósito de basuras.

m) Tener en cada habitación saliveras con sustancias antisépticas.

n) Facilitar sin demora alguna a las autoridades municipales la revisión de la casa a cualquier hora del día o de la noche, así como la de los muebles, tanto interior como exteriormente. Para esto no se pondrán obstáculos de ninguna clase.

o) Colocar en los patios y en todas las piezas los carteles que el D. E. proporcionará gratuitamente, en los que se transcribirán las Ordenanzas y reglamentos sobre el ejercicio de la prostitución, y las reglas de profilaxis y de la sífilis, enfermedades venéreas y tuberculosis, así como también los que imprima la Intendencia, referentes a lo que establece el artículo 17 de la reglamentación del Departamento Nacional de Higiene, en su última parte.

p) Facilitar a los concurrentes los medios de cumplir los preceptos de higiene que aconsejare la Asistencia Pública. Al efecto, se tendrá a la vista un pequeño mueble en el que se guardarán los medicamentos.

En las casas de tolerancia queda prohibida:

q) Tener en las paredes, pisos o muebles, escondrijos donde se pueda ocultar una o más personas.

r) El ejercicio de la prostitución por la sirviente.

s) Que las prostitutas se exhiban en las puertas de calles o canceles, ventanas o balcones.

t) Admitir un número exagerado de personas en relación al número de prostitutas que habitan la casa, como asimismo la presencia de menores de notoria escasez de edad.

u) Celebrar fiestas o cualquier género de reuniones en que se haga música.

Art. 4.° En las casas de tolerancia sólo podrán habitar las prostitutas, una sirvienta y el portero, siempre que justifiquen estos últimos ser mayores de edad. La Intendencia Municipal exigirá, cuando lo juzgue necesario, un certificado de Policía referente a los antecedentes del portero, y si éstos no fueren satisfactorios aquél deberá abandonar la casa dentro de 24 horas. En los permisos que se otorguen se hará constar el número de prostitutas que puedan habitar en una casa.

Art. 5.° Toda mujer mayor de 18 años que quiera ejercer la prostitución, debe inscribirse en el Dispensario de Salubridad, y firmar, previa su lectura y ratificación, el acta que se levante en los libros formularios que existan a este efecto. La que no supiere escribir puede pedir que firme a su ruego cualquier persona.

a) El Dispensario de Salubridad requerirá directamente el auxilio de la Policía para dar cumplimiento a lo que dispone el segundo párrafo del artículo 1.°.

b) En el registro especial que llevarán la Inspección General y el Dispensario de Salubridad, constarán los nombres, domicilio y número de inscripción de las prostitutas.

c) El Dispensario de Salubridad pasará cada 48 horas a la Inspección General los datos referentes a las que se inscriban y a las que se eliminen del registro de prostitución, así como también a la visita médica para notificarles a estas últimas la multa correspondiente.

d) A cada interesada se le entregará gratuitamente una libreta de salud, en la que se detallará su filiación y fijará el retrato fotográfico que ella misma proporcionará. En dicha libreta, el Dispensario de Salubridad, previo examen médico de la interesada, estampará un sello que diga: *Sana*, si no existen manifestaciones de sífilis u otras enfermedades venéreas transmisibles, o *Enferma*, en caso contrario. Este examen se hará dos veces por semana.

e) Las libretas deberán llevarlas siempre consigo las prostitutas, para exhibirlas a las autoridades, y cuando ejerzan actos de prostitución las tendrán a la vista en su habitación y a disposición del público.

f) Las prostitutas no podrán cambiar de domicilio sin

previo aviso a la Inspección General, a donde concurrirán personalmente llevando la libreta de salud, para que se hagan en ella las anotaciones del caso.

El Dispensario de Salubridad sólo hará estas anotaciones cuando haya cambio de domicilio por enfermedad.

g) Cuando la mujer a quien se haya otorgado el permiso tenga forzosamente que ausentarse de la casa por enfermedad, deberá dar aviso inmediatamente a la Inspección General y al Dispensario de Salubridad, debiendo designar la persona que deja en su lugar, mientras dure su ausencia. Deberá, al mismo tiempo, solicitar por escrito de la Intendencia Municipal la autorización correspondiente.

Art. 6.º Cuando en una casa de prostitución se producen delitos, desórdenes, escándalos o hechos contrarios al orden público, con intervención de las personas que habitan en ella, será clausurada por quince días, y, en caso de reincidencia, se procederá a la clausura definitiva y desocupación de la casa.

Art. 7.º La Inspección Médica se hará:

a) En el Dispensario de Salubridad gratuitamente, o en el domicilio de las inscriptas, mediante el pago de la suma que determine la Ley de Impuestos Municipales, por cada vez. A la prostituta que no concurra a la visita médica en los días señalados por el Dispensario de Salubridad, se le impondrá una multa de doscientos pesos fuertes, por la primera vez, y de cuatrocientos por cada caso de reincidencia. De estas multas responderá el Gerente del prostíbulo.

b) Además de la visita médica ordinaria, el Jefe del Dispensario podrá ordenar cuantas juzgue oportunas, gratuitas esas, aunque sean a domicilio.

c) La inspección médica consistirá en un examen completo, de acuerdo con lo que establece el reglamento del Dispensario de Salubridad, y será practicado por los médicos de esta repartición.

d) El Dispensario de Salubridad, en los locales que él ocupa y en otras dependencias de la Asistencia Pública, organizará consultorios gratuitos para afecciones venéreas y de la piel. Las recetas expedidas serán despachadas gratuitamente en la farmacia de la Asistencia Pública.

c) En esos consultorios se distribuyen hojas impresas de la enunciación de los peligros que aparejan las enfermedades venéreas, las principales reglas de su profilaxis y otros consejos útiles.

Art. 8.º Las mujeres declaradas enfermas por el Dispensario de Salubridad serán recluídas en el local del Dispensario, para su asistencia médica.

Art. 9.º Cuando cualquiera de las personas que habitan el prostíbulo contraiga enfermedades infecto-contagiosas, el Gerente denunciará inmediatamente el hecho al Dispensario de Salubridad, bajo la pena, cuando así no lo hiciere, de doscientos pesos fuertes de multa. Si la enferma no fuese retirada del local dentro del plazo que señale el Dispensario, aquél será clausurado por intermedio de la Inspección General, hasta que desaparezca la infección.

Art. 10. La radiación de la inscripción se solicitará al Dispensario de Salubridad y de lo que éste resuelva hará apelación: primero, ante el Director de la Asistencia Pública, y después ante el Intendente Municipal.

Comprobado el fallecimiento de una inscripta, se radiará sin más trámite su inscripción.

La solicitud presentada al Dispensario deberá ir acompañada de un certificado del Comisario de la Sección en que habite la solicitante y del testimonio de dos personas honorables, a juicio de aquella oficina.

Concedida la radiación, el Dispensario vigilará durante tres meses a la radiada y anulará la eliminación si comprobase que la interesada vuelve a ejercer la prostitución.

Art. 11. Considérase prostíbulo clandestino todo local donde se ejerza la prostitución por una o más mujeres que lo habiten o que a él concurran habitualmente sin haber obtenido el respectivo permiso.

Art. 12 Cuando, por intermedio de la Inspección General, de la Asistencia Pública o comprobación documentada y en forma de la Policía, se compruebe la existencia de un prostíbulo clandestino, se decretará inmediatamente su desocupación, la que se hará efectiva por la Inspección General al tercer día de la notificación y previa imposición a cada una de las infractoras de cuatrocientos pesos de multa. Fuera de ello, a la persona, dueña, inquilina, encargado o gerente del local, se le impondrá otra multa de igual valor.

Art. 13. Cuando en la misma forma del artículo anterior se compruebe que una o más mujeres subalquilan piezas en un local, cualquiera que sea la denominación que a éste se

le dé, — ejerzan en él clandestinamente la prostitución, — se procederá al desalojo de las piezas que ocupen y a aplicarle a cada una la multa establecida en el artículo anterior.

Cuando el hecho se repita por dos veces en el mismo local y se comprobare que el dueño, inquilino principal, gerente o encargado, encubra o ampare el acto, incurrirá en una multa igual a la anterior, y se procederá a la clausura o desalojo, según los casos, de todo el local.

Art. 14. A cada mujer que ejerza la prostitución sin estar inscripta en el Dispensario de Salubridad, se le impondrá cuatrocientos pesos de multa, desalojándola, de acuerdo con lo prescripto en los dos artículos anteriores, de los locales que ocupen. Si la prostitución se ejerciera en los prostíbulos, se ordenará también la clausura de éste, la primera vez por quince días y definitivamente en caso de reincidencia.

Art. 15. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 12 de la reglamentación del Departamento Nacional de Higiene, se hará conducir a la respectiva Comisaría seccional, por intermedio de la Policía, a toda persona que infrinja las disposiciones de aquél, con el objeto de hacer comprobar su nombre y domicilio, para aplicarle por primera vez la multa de doscientos pesos, y la de cuatrocientos en caso de reincidencia.

Art. 16. Las infracciones a lo dispuesto en los artículos 2.° y 3.° de la reglamentación del Departamento Nacional de Higiene y 3.° en este Reglamento, con excepción de los incisos *n)*, *q)* y *r)*, serán penadas con multas de doscientos pesos por primera vez, y cuatrocientos pesos en caso de reincidencia, debiendo ser clausurada la casa a la segunda reincidencia.

Para las demás infracciones, tanto de las disposiciones de la Reglamentación del Departamento Nacional de Higiene como de las de esta Reglamentación, para las que no se haya expresamente determinado pena, se aplicarán multas de doscientos a cuatrocientos pesos, según la gravedad de las infracciones.

Art. 17. Se considerará reincidencia la repetición de la misma infracción dentro de un período de seis meses, y las penas se aplicarán por cada vez que ellas se cometan.

Art. 18. No tendrán derechos suspensivos los reclamos que se interpongan al aplicarse las penas determinadas en la Reglamentación del Departamento Nacional de Higiene y en este Reglamento.

Art. 19. Derógase la Ordenanza de 1.° de diciembre de 1896.

Art. 20. Comuníquese al D. E.

Dada en la Sala de Sesiones de la H. Junta Municipal, a los diez y nueve días del mes de junio de mil novecientos trece.

Las modificaciones a esta Reglamentación, que adolece aún de muchos defectos, está a estudio de la Dirección del Instituto Profiláctico.

Si mucho se ha conseguido en el medio profiláctico de las pupilas reglamentadas, en nuestro país aparece un peligro, quizás tan grave como las mismas enfermedades venéreas; nos referimos al uso y abuso de los alcaloides: morfina y cocaína, que de un tiempo a esta parte se ha desarrollado como vicio corriente entre las citadas.

El elemento femenino extranjero importado es la causa de esta nueva plaga. Antes de ahora la mayoría de nuestros prostíbulos estaban formados de pupilas del país, inocentes y cándidas, que caían en el fango por vocación o desengaños de amor. Apenas cometían el abuso de las libaciones espirituosas. Eran todos sus defectos. Hoy, sin embargo, por el cosmopolitismo del prostíbulo, esa plaga se presenta en forma alarmante e invasora. Y no sólo ellas aprenden el vicio, sino que lo enseñan y propagan, haciendo prosélitos entre el elemento masculino que acude a esas casas. Y en la misma población de la ciudad existen casos confirmados del vicio moderno. Corresponde igualmente al Instituto Profiláctico oponerse con todas sus fuerzas al desarrollo del nuevo mal.

Sucintamente hemos hablado de la prostitución reglamentada en las casas de tolerancia.

Y ahora mucho aún nos toca que decir y hacer contra el peligro mayor: la prostitución clandestina.

Hemos leído y releído las conclusiones del Congreso Pan-Americano de Venereología, reunido en Wáshington en octubre próximo pasado.

Las proposiciones presentadas y discutidas en dicho Congreso, en su mayoría se refieren casi exclusivamente a la lucha antivenérea, desde el punto de vista social, y en sus varios aspectos se estudia la prostitución reglamentada y clandestina.

Examinadas y revisadas las cuestiones que tienen relación estrecha con asunto tan importante, las principales conclusiones se resumen en la lucha social, en su mismo origen; la educación sexual, desde la familia hasta las escuelas, desde los teatros y cinematógrafos hasta llegar aún a propiciar

la formación de clubs y centros recreativos donde se intensificaría esta enseñanza sexual, como medida de alta profilaxis social.

Indudablemente las exigencias de la vida moderna y el ansia de la vida del confort y del lujo son los atractivos peligrosos para caer en el vicio.

Y en nuestro país justamente empezamos a conocer y a querer gozar lo que otros países más poderosos y mejor organizados ya tienen. Y nuestro pueblo es frágil, nuestro mundo femenino es ingenuo, el amor casi no se cotizaba antes de ahora, en nuestra tierra. Pero la ola de la civilización avanza, no encuentra ya fronteras y con ella todo el cortejo de sus vicios avanzan igualmente. Nuestra situación mediterránea nos servía de sólida garantía.

Por estas breves consideraciones, de unos años a esta parte, el ejercicio de la prostitución clandestina ha tomado gran incremento y, por cierto, mucho más peligroso que la reglamentada.

El Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, de acuerdo con las autoridades policiales, ha hecho un primer ensayo de contralor y de lucha. El porcentaje de enfermos venéreos entre estas mujeres fué mucho mayor que en los otros. El estado de abandono y de evolución de enfermedades benignas se vuelven súbita y temiblemente peligrosas y contagiosas en estas mujeres ignorantes de toda noción, aún la más elemental, de la higiene individual e íntima.

A causa de la imperfección de nuestras leyes y reglamentos en esta materia, y, sobre todo, por la falta de local de corrección y de cura, tuvimos que suspender temporalmente nuestra campaña en espera de la habilitación de la Sección Hospitalización.

Hubiera sido de nuestro deseo comentar las principales consideraciones del Congreso de Wáshington sobre este asunto tan interesante, pero la índole de nuestro modesto trabajo no lo permite. Sin embargo, al tocar otros tópicos en el curso de nuestra exposición, seguiremos aludiendo a muchas de las muy sabias enseñanzas que nos lega el expresado certamen de especialistas tan eminentes.

Y ahora que hemos resumido nuestra modesta labor en el Instituto Profiláctico en sus dos años de existencia solamente, algo aún vamos a agregar de lo que hacemos en nuestro ejército y en nuestro gabinete privado de médicos, en la lucha pa-

ra llegar a conclusiones prácticas y algo de interés para los colegas que nos escuchan y forman parte de esta docta asamblea.

Y hechas estas breves consideraciones, ¿qué conclusiones prácticas; que puedan interesar a esta docta asamblea, podemos deducir de ellas?

Dos palabras más sobre los tres grupos de enfermedades que hemos tratado con predilección: sífilis, blenorragia y chancro simple, ya sea en los consultorios públicos, ya sea en nuestro gabinete privado, nos harán llegar a la última etapa de nuestra disertación.

Al abordar el capítulo de la sífilis, no entra en nuestra mente pasar en revista todas las formas clínicas observadas; pura y simplemente las formas más comunes y quizás peculiares a nuestra raza, a nuestros hábitos y a nuestra educación, no solamente en la población civil, sino en la familia militar.

Entre las manifestaciones primarias de la afección, un porcentaje muy enorme del chancro duro, siempre genital. Hemos observado raramente el chancro extragenital; dos veces chancro del labio, un caso de chancro del ombligo y dos chancros endouretrales, que fueron objeto de una comunicación a la Sociedad Médica del Paraguay.

El diagnóstico precoz siempre lo hemos hecho, ya sea con el ultramicroscopio, o la coloración con tinta china. y muchos, sin embargo, por su aspecto indudable de sintomatología clínica.

Hemos notado igualmente que con los procedimientos modernos de diagnóstico, el chancro simple va perdiendo mucho terreno; la mayoría de los casos por nosotros observados o eran chancros mixtos o chancros específicos.

En la sífilis secundaria: erupciones de toda su morfología, predominando siempre la roseola. Manifestaciones de la boca y sus anexos: ulceraciones de las amígdalas y naso-faringe: muy rebeldes al tratamiento combinado, arsénico-mercurial, sobre todo en las mujeres. La mayoría de las mujeres del pueblo, de nuestro país, tienen el hábito del cigarro y los hombres, además de fumar, mascan el tabaco. La bombilla y el mate son, igualmente, no sólo medios de contagio sino de agravación de estas lesiones buco-faríngeas.

En la sífilis terciaria: úlceras tórpidas de las piernas, que no ceden a ningún tratamiento tópico local y aún mercurial: el 914 es el único que puede contra ellas; hemos observado y curado infinidad de casos; las formas reumatoides frustras

con Wassermann negativo y, sin embargo, mejorados con el tratamiento específico; eczemas rebeldes de las extremidades inferiores, de 10 a 12 años de duración, tratados antes con todos los procedimientos dermatológicos y curados con una buena serie de 914. Diversos trastornos menstruales (menorragias y metrorragias), tratados antes con los medicamentos usuales, y mejorados y curados con la medicina arsenical; mujeres con antecedentes de abortos que, en algunos casos, llegan hasta 8 y que vuelven a tener hijos a término después de la medicina específica, etc., etc.

En el Paraguay y en los consultorios públicos y privados hemos observado un porcentaje mínimo de las afecciones específicas del sistema cerebro-espinal y, entre los raros casos, el tabes dorsal en primer término; después las hemiplegias y paraplegias (en individuos jóvenes, militares). Algunos casos de parálisis general que han reaccionado bien con el 914; entre las neurosis específicas: la neurastenia y la epilepsia, esta última de origen hereditario; muy a menudo casos de meningitis crónicas terciarias, con síntomas de cefalea, rebeldes a todo tratamiento.

Pero una mención especial debemos hacer de una forma, que hemos observado muy frecuentemente, y que constituye nuestra pesadilla de consultorio: los fóbicos, enfermos dignos de ser estudiados y tratados: pues los libros poco o nada hablan de esta manifestación. No nos referimos a la fobia vulgar de muchos enfermos tímidos; hemos observado infinidad de enfermos con sólo este síntoma. Algunos de los cuales los hemos seguido y tratado. y que, a nuestro parecer, constituye, diríamos, una forma nueva de sífilis hereditaria tardía.

Las modalidades clínicas de sífilis más frecuentemente observadas en nuestro ejército, se resumen, en su mayoría, en manifestaciones primarias y secundarias. Pues la conscripción militar en nuestro país empieza a los 18 años; de ahí el motivo de la uniformidad de aspecto de la afección. Y muchos casos de heredo-sífilis tardía, y principalmente manifestaciones óseas, articulares y oculares.

Al igual que el Instituto Profiláctico, hemos organizado un Centro Venereológico para el servicio exclusivo del ejército en el Hospital Militar Central, con arreglo al siguiente horario:

Día lunes. — De 8 a 10 a. m. Inspección de enfermos en el Consultorio. Inyecciones mercuriales solubles. Tratamiento de

las uretritis gonocóccicas y sus complicaciones. Grandes lavajes, dilataciones, instilaciones, masajes de la próstata, etc., etc.

Día martes. — De 8 a 10 a. m. Uretroscopia. Cistoscopia.

Día miércoles. — De 8 a 10 a. m. Como el día lunes.

Día jueves. — De 8 a 10 a. m. Cateterismo uretral. Separación de orina.

Día viernes. — De 8 a 10 a. m. Aplicaciones de 914. Inyecciones de sales mercuriales insolubles. Toma de sangre por Wassermann.

Día sábado. — Trabajos de Laboratorio.

El Centro de Venereología del Ejército atiende todos los enfermos del Ejército y Armada de guarnición, de la Capital, Policía de la Capital y sus dependencias (Cárcel pública y de mujeres inclusive). Igualmente los enfermos de las cinco Zonas Militares, cuya hospitalización, sobre todo, es requerida, para lo cual existe una sala destinada exclusivamente para los enfermos de venéreo-sífilis.

La estadística de enfermos y de trabajos se transcribe desde su constitución:

Estadística de trabajos. Año 1919

Inyecciones Novarsenobenzol . . .	34	35	53	22	17	12	18	56	49	51	23	31	401
Idem Bicianuro . .	—	5	9	7	—	6	1	1	—	4	—	—	33
Idem Biyoduro . .	2	2	5	1	—	—	2	4	6	1	5	—	28
Idem Quinina . .	—	—	—	3	11	4	2	13	7	5	8	12	65
Idem Aceite chaulmoogra	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	3
Idem Glic. sodio .	5	1	—	3	2	7	5	—	4	—	—	—	27
Idem Cacod. sodio .	9	11	15	3	—	5	3	—	12	7	13	8	86
Idem Aceite gris. .	1	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	5
Lavajes Neiserinos .	104	112	93	114	107	86	114	110	123	118	79	131	1.291
Idem Permanganato	15	18	21	25	14	24	31	47	13	8	12	26	254
Idem Acido bórico .	—	—	—	—	4	2	1	—	—	1	2	2	12
Idem Antisépticos. .	—	—	—	—	1	1	—	2	—	1	1	—	6
Dilatación del canal.	1	5	—	2	1	—	—	3	5	—	—	—	17
Explor. del ídem .	—	—	1	—	—	—	—	1	2	1	3	—	8
Masaje de la próstata	1	1	—	—	3	—	1	—	1	5	6	2	20
Sondaje	13	1	3	—	—	5	1	—	—	7	1	3	34
Otros trabajos . .	15	8	11	21	17	3	18	8	10	2	26	19	58

Estadística de trabajos. Año 1920

Inyecc. bician. . .	3	25	29	17	3	6	8	10	7	14	9	4	135
Idem Novarzen. . .	54	55	73	42	37	23	34	56	69	71	43	51	308
Idem Biyoduro . .	16	13	18	13	4	1	7	12	6	9	15	4	135
Idem Quinina. . .	—	—	7	4	30	6	28	18	10	7	14	6	130
Idem Aceite chaulmoogra.	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Idem Glícer. sodio .	10	—	8	—	—	—	6	4	6	—	4	2	40

Iny. Aceite gris . .	1	1	4	2	3	—	—	2	—	—	—	—	13
Idem Cacod. sodio .	13	36	45	7	6	6	8	6	9	7	5	8	156
Lavajes Neiserinos .	146	244	285	250	111	118	188	225	198	176	201	194	2,336
Idem Permanganato.	30	54	45	39	42	37	46	69	42	36	53	65	561
Idem Acido bórico. .	—	—	—	12	2	30	7	15	—	6	18	9	91
Idem Anitsépticos. .	—	—	—	—	—	58	36	18	15	11	22	8	168
Dilat. del canal . .	1	11	9	2	1	5	2	4	—	3	6	2	46
Explor. del ídem. .	—	—	—	—	1	—	2	—	—	3	1	—	7
Masajes de la próst. .	3	9	16	2	3	6	9	6	4	1	2	—	61
Sondajes.	23	10	12	18	2	24	16	21	26	15	12	7	196
Otros trabajos. . .	17	46	87	79	19	22	41	46	49	54	72	61	593

Y al hablar de la sífilis en el ejército hemos manifestado de paso las formas más frecuentes que hemos observado de sífilis hereditaria tardía, y que por el interés en nosotros despertado hicimos objeto de ello, de una disertación en el Centro de Estudiantes de Medicina. Creemos firmemente que la sífilis hereditaria es una de las nuevas fases con que se nos presenta el problema social de la avariosis.

Y habíamos dicho que:

Como se sabe actualmente la afección sifilítica se trasmite a los herederos en las tres formas siguientes:

1.° La trasmisión casi total *in natura*, como dicen ciertos autores, que es la sífilis hereditaria propiamente dicha.

2.° La intoxicación por el treponema y sus toxinas, que producen lo que llamamos las distrofias.

3.° Y, por último, la predisposición de la aparición de los accidentes tardíos en la edad adulta.

La primera forma, que constituye la sífilis hereditaria precoz y cuyos síntomas se manifiestan desde los primeros meses de la vida, tan brillantemente estudiados por Hutchinson, quien ha establecido la triada inmortal que lleva su nombre, constituye un gran capítulo de Medicina Infantil, con sus reglas y sus leyes, hoy magistralmente establecidas e indiscutibles.

La segunda, la forma tóxica, la que produce las "distrofias" y la que llamamos igualmente "estigmas" y en cuyo establecimiento y estudio tan notablemente ha contribuído el profesor francés Gastou, en su célebre comunicación al Congreso Internacional de Medicina de Lisboa en 1906, y en cuyo laboratorio y bajo su dirección yo he tenido el honor de aprender a practicar el Wassermann de la sangre. Su obra o sus conclusiones constituyen otra de las conquistas más grandes de la sífilis hereditaria.

Y, por último, la tercera forma, la predisposición a las manifestaciones tardías, objeto de nuestra disertación, es al eminente Fournier, el gran sifilógrafo francés, a quien debemos todo, en el estado actual de nuestro conocimiento.

Es en su célebre libro *Sífilis hereditaria de la edad adulta*, que todos los autores modernos se han inspirado para proseguir sus investigaciones, y edificar la gran obra del concepto actual y moderno de la herencia específica y tardía.

No hay sino hojear los libros clásicos de Gaucher, Castaing, Gougerot, Balzer, Sabouraud, Josuet, Jeanselme y otra pléyade ilustre de sabios franceses, para ver su nombre citado en cada página, en cada línea. Es este notable sabio el primero que ha catalogado en sus observaciones clínicas personales sus diferentes modalidades. Y es en su libro precioso que yo he aprendido igualmente a controlar y comprobar los casos un tanto obscuros que yo he observado para mis conocimientos de principiante; para ver y juzgar con toda claridad después.

Y escritas ya algunas líneas de esta disertación, un colega y amigo acaba de proporcionarme una obra que acaba de aparecer en estos días, del profesor titular de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, doctor Castex, a quien yo ya he tenido el honor de conocer en algunos artículos que sobre el mismo tema había leído en la Prensa Médica Argentina. Su hermoso libro se titula igualmente *Sífilis hereditaria tardía*, obra que, en mi modesta opinión, es digna de figurar al lado de las más notables que se han escrito en su género, por su exposición brillante y concepto modernísimo, aún más moderno que las ideas de Fournier y sus discípulos. Las nuevas entidades patológicas, sus numerosas observaciones clínicas personales, hace que en América sea el primer libro que aparezca y trate con fama tan completa un capítulo que hasta ayer tenía puntos oscuros.

Y diciendo esto, ya lejos nos encontramos, muy lejos por decir hoy, de lo que en 1906, uno de los sifilógrafos de aquella época decía: "En cuestiones de herencia se ha cargado todo a cuenta de la sífilis; se ha exagerado"; y a renglón seguido: "El alcance de la concepción de la distrofia de la sífilis hereditaria, establecida por mi maestro Fournier, es considerable. Pero la obra potente del maestro tiende más y más a transformarse en una torre de Babel indescriptible, gracias a los materiales de consolidación que se le agrega diariamente sin espíritu de dirección metódica". Lejos estamos de esta concepción, volvemos a repetir nosotros. ¿Por qué?

Porque diez años más tarde, ya en 1916, otro eminente profesor contemporáneo dice: "Desde que la sífilis ha entrado en el grupo de las enfermedades experimentales, con el descubrimiento del treponema, y la seroreacción, la pato-

logía general no se puede defender más así como lo hacía hace mucho contra la intromisión de la sífilis. Se había acusado a Fournier de querer hacer de la patología general un anexo de la sifilografía; desde ahora todo lo que hacía Fournier fué encontrado verídico, y hasta la misma extensión que él había dado al dominio de la sífilis, parece muy insuficiente hoy''.

Ahora, en 1920, nosotros decimos que después de habernos inspirado en la obra de Fournier y todos sus discípulos, hojeado el notable libro del profesor Castex, y con los nuevos métodos de investigación actual: el descubrimiento del treponema, la sero-reacción de Wassermann, la punción lumbar y el examen del líquido céfalo-raquídeo (albúmino-linfocitosis), y la incorporación a la terapéutica médica actual de los maravillosos y nunca bien ponderados 606 y 914, la gran batalla empeñada y comenzada allá por 1906, en el famoso Congreso de Lisboa, ha sido ganada por la sífilis; sus tenaces enemigos huyen en precipitada derrota, y la sifilografía moderna domina, con sus nuevos métodos de investigación y tratamiento, todo el campo de batalla de la patología médica; porque entre las cuatro grandes plagas que azotan la humanidad: el cáncer, la lepra, la tuberculosis y la sífilis, la sífilis ha sido vencida.

Paradoja: Sífilis triunfante y sífilis vencida.

Sífilis triunfante, porque domina todo el campo de la patología moderna médica. Sífilis vencida, porque se conocen hoy todos los medios de despistar, tratar y prevenirla, sobre todo en sus accidentes y consecuencias mortales.

Y volviendo a nuestro tema, la sífilis hereditaria tardía es, como su nombre lo dice, la aparición de los síntomas de esta afección en la edad adulta, llegando, en ocasiones, hasta la vejez, desde los 15 hasta los 60 años, según Fournier. Es la sífilis que se remonta hasta la cuarta y quinta generación, según algunos autores. Su máximo de aparición es, sin embargo, entre los 20 y 40 años.

Y así como la sífilis hereditaria precoz ataca con predilección órganos especiales como la vista, el oído y los dientes; la sífilis hereditaria tardía se especializa en ciertos y determinados sistemas y con predilección: el sistema cutáneo, óseo, reticular, circulatorio (corazón y vasos arteriales), pulmonar y, sobre todo, los órganos del mediastino, aparato digestivo, cuya forma más frecuente es la úlcera del estómago, hígado, riñones, bazo, sistema nervioso, cerebro, médula espinal y sus envolturas, nervios periféricos, dando lugar a las diferentes

afecciones conocidas con el nombre de parálisis general, tabes dorsal, histeria, neurastenia, etc., etc., según concepción de Fournier.

Hoy, con los nuevos autores contemporáneos, entre los cuales citaremos los nombres de Sabouraud, Jeanselme, Babonneix, Gougerot, Sicard, Ravaut, Castex y otros, tendremos nuevas sistematizaciones. Entre las manifestaciones "cutáneas": el vitiligo y las cicatrices acrómicas; entre las manifestaciones "articulares": las artropatías solitarias, cuya forma clínica es la hidrartrosis; la espondilosis anquilosante y deformante; entre las "adenopatías": la falsa escrófula ganglionar, que no constituye sino el escrofulato de *vérole* de Ricord; entre las "esplenopatías": la enfermedad de Banti y la linfadenosis; entre las "hemopatías": la anemia perniciosa y la hemoglobinuria paroxística. En el grupo de las "broncopatías": el asma tenaz y la bronquitis crónica y el gran capítulo de la sífilis hereditaria pulmonar. La mediastinitis crónica. Entre las afecciones del tubo digestivo, la úlcera gástrica y duodenal; gastroenteropatías diversas, las peritonitis y apendicitis crónicas.

Pero un lugar preferente es asignado por Babonneix a los enfermos del sistema cerebro-espinal, en su reciente trabajo "Papel de la heredo-sífilis en Neuropatología", entre los que citaremos, siguiendo el orden por él establecido:

"Afecciones oculares": parálisis de musculatura extrínseca e interna; estrabismo, neuritis óptica, conformaciones viciosas cráneofaciales, microcefalia, meningocele, enfermedad de Friedrich.

"Encefalopatías infantiles": meningitis, encefalitis subagudas o crónicas; convulsiones, epilepsia esencial o asociada con trastornos, espasmos paralíticos o intelectuales, hemiplegia infantil o enfermedad de Little; idiotismo e imbecilidad, debilidad mental, la hidrocefalia y la parálisis general juvenil.

Entre las "mielopatías": los tabes atípicos, amiotrofias agudas de la primera infancia, paraplegia espasmódica de los niños mayores, meningomielitis.

Entre los síntomas de origen "único o pluriglandular": acromegalia, a veces localizada en los órganos genitales, gigantismo, infantilismo, enfermedad de Basedow, enanismo, obesidad.

Entre los "sindromas diversos": acorea, esclerosis en placas, tetania, tics, priapismo, demencia precoz, histerismo, etc. etc., etc.

Como se sabe, en la etiología de las afecciones del sistema

nervioso y mentales, la sífilis ya formaba triada con el alcoholismo y la herencia atávica familiar. Y hoy la sífilis hereditaria tardía es causa de la mayor parte de las afecciones antes atribuídas a la herencia atávica familiar. De manera que la triada pierde un pie y se transforma en un compás de dos que se apoya por uno en la sífilis (adquirida o hereditaria) y por el otro en el alcoholismo, para marcar el círculo del dominio de estas dos graves afecciones de la neuropatología.

Muy cierto es, a pesar de Carle, uno de los adversarios más tenaces de la sífilis hereditaria tardía, quien dice entre otras cosas: "Que un caso de heredo-sífilis tardía es simplemente un caso de sífilis hereditaria tardíamente diagnosticado", y a renglón seguido: "Que en la sífilis hereditaria tardía no hay de tardío más que el diagnóstico del médico", afirmación tan brillantemente refutada por los autores que acabamos de citar y reafirmada rotundamente por la clínica.

La razón de los errores de afirmación de Carle es bien sencilla, pues al hablar de casos de sífilis hereditaria tardía. queremos siempre encontrar, ya sea antecedentes específicos en los parientes inmediatos, sea uno o varios estigmas de infección. Los hechos clínicos que se observan hoy muy a menudo revelan en muchos casos una ausencia total de presunción en los antecedentes paternos y ni siquiera distrofias o estigmas en el momento de la observación clínica y, sin embargo, las reacciones serológicas de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo y, sobre todo, la medicación de prueba nos dan casi siempre la razón.

Por otra parte, el capricho de la herencia biológica que salta algunas veces sobre dos o tres generaciones, es aún más acentuado y manifiesto en la herencia patológica y, sobre todo, específica hereditaria, donde algunas veces el gran salto llega hasta la quinta generación.

Ya hemos citado con Castex esta obra, nueva serie de afecciones que hoy catalogamos como pertenecientes al grupo y que el citado autor tan magistralmente registra en su libro, igualmente famoso que el de Fournier.

Sin embargo, lo que más llama nuestra atención en su libro, es el grupo que se refiere a la insuficiencia endocrínicas-pluriglandulares por sífilis hereditaria tardía, a la cual todo le atribuye. "Toda distrofia maxilodentaria, por una parte, y la vulnerabilidad dentaria, por otro lado, vulnerabilidad que a menudo lleva a una dentición precocísima, haciendo por demás probable el origen simpático trófico de esas lesiones por alteraciones toxi-infecciosas heredo-sifilíticas de las

glándulas endocrínicas que presiden la odontegénesis y su nutrición; las glándulas tiroideas, paratiroideas, etc., y el desarrollo y morfogénesis del sistema óseo-bucal, facial y del resto del esqueleto'', concepción magistral de las tendencias actuales de la sífilis hereditaria tardía.

Esas alteraciones son, según el mismo y nosotros lo creemos firmemente, el *substractum* de las nuevas afecciones que hoy tratamos y curamos como secuelas de herencia sifilítica, origen de todas las distrofias y estigmas y, para no citar sino una de las más importantes y ya muy conocida, la triada inmortal de Hutchinson, cuyas alteraciones son tan científicamente explicadas por el eminente médico argentino. Según estas ideas, ya empezamos por no operar las úlceras gástricas y duodenales antes de la prueba innocua e inofensiva del tratamiento mercurial y arsenical. Ya no trataremos las diabetes atormentando al enfermo con régimen tan largo y riguroso dietético. El asma tenaz será curable; las operaciones cruentas sobre el tumor blanco de la rodilla, los complicados aparatos enyesados, que abisman al enfermo atacado de mal de Pott y lo llevan por tantos años, lo iremos evitando y suprimiendo, reemplazándolo por procedimientos menos costosos y más eficaces, recurriendo siempre al mercurio y al arsénico.

Y los paralíticos irán desapareciendo poco a poco de las calles y de los hospicios, donde encumbran como seres anulados por toda la vida.

Veremos menos enajenados mentales y locos y los manicomios no serán sino lugares de pasaje, donde no irian sino a ser sometidos a curas eficaces.

Sin embargo, en lo único en que no estamos del todo conformes con las ideas de Castex, es en la poca o ninguna importancia que atribuye él a los procedimientos modernos de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en la herencia tardía. En las pocas historias clínicas y observaciones personales que yo he comenzado a leer en su gran libro, muy pocas líneas dedica al Wassermann, a la punción lumbar y a la medicación arsenical. El hace el diagnóstico de los casos por los antecedentes de familia, las distrofias y la medicación mercurial de prueba.

Yo insistiré, sin embargo, sobre este capítulo, un poco olvidado por el eminente maestro, de acuerdo con las observaciones personales mías y de muchos sifilógrafos franceses,

quienes, todos sin excepción, dan lugar preferente a estos preciosos medios de diagnóstico.

Pues, si bien es cierto, como dice Sabouraud, que "el sifilítico hereditario a medida que envejece perdería poco a poco su seroreacción positiva y muchos hereditarios a la treintena llegarían a la seroreacción negativa, enteramente negativa", es igualmente cierto, como dice Babonneix, que muy a menudo se encuentra una disociación en los datos serológicos con Wassermann negativo, por ejemplo, y albúmino-linfocitosis del líquido céfalo-raquídeo o al revés. En cuanto a la punción lumbar, Leredde, en 28 enfermos heredo-sifilíticos, encontró 20 veces (albúmino-linfocitosis) del líquido céfalo-raquídeo.

Y dejando de lado la albúmino-linfocitosis del líquido céfalo-raquídeo, que hoy se sabe no es exclusiva de la sífilis, nos concretaremos a la reacción de fijación de los dos humores (líquido céfalo-raquídeo y sangre).

El Wassermann positivo en el primero, es signo seguro de afección sifilítica; cuando ella es negativa, esta negatividad no debe ser absoluta como para la sangre, por las mismas razones de envejecimiento que dicen Sabouraud, Sicard y Babonneix.

Y, sobre todo, las aseveraciones y conclusiones del doctor Babonneix, con quien yo me honro de estar ligado en lazos de una amistad íntima, por haber sido mi compañero en una ambulancia, y, más tarde, con motivo de ser el Médico Jefe de un Centro Neuro-Psiquiátrico, yo le he visitado muchas veces en sus servicios, donde él comenzaba con las observaciones que publica ahora, y casos muy interesantes yo he tenido el honor de observar con él personalmente.

Con una inteligencia y talento incomparables, que yo no he visto sino en dos de mis antiguos profesores: el doctor Italo O. del Finis, en la Facultad de Medicina, y el doctor Manuel Domínguez en el Colegio Nacional, yo leo desde lejos sus trabajos y sus conclusiones en este asunto de reacción de fijación.

Con el mismo sabio francés y algunas observaciones personales al respecto y desde cuyo punto de vista he proseguido algunos estudios, las conclusiones se resumen en lo que sigue:

"Observar (la reacción) en individuos jóvenes, puesto que la reacción es tanto menos precisa cuanto mayor es la edad y permanece casi siempre negativa en los hereditarios más confirmados, después de los 16 años".

"Extender los recursos serológicos a los demás individuos de la familia, hermanos".

"Hacerlos preceder de una seroreactivación".

"Operar a la vez sobre el líquido céfalo-raquídeo y sobre la sangre, o, por lo menos, sobre el primero, que hasta la fecha ha sido excepcionalmente examinado".

Y agregar para terminar:

1.° Investigar sistemáticamente la reacción Bordet-Gengou en todo niño que ingrese en la Maternidad, con el objeto de poder instituir siempre que sea preciso el tratamiento específico.

2.° Cada vez que la encuesta familiar, que prescribe ya el profesor Fournier, nos dé resultado positivo, somter sin pérdida de tiempo a los padres al único tratamiento que les permite concebir ulteriormente hijos física e intelectualmente sanos.

Esta es la última etapa a estudiar y resolver en este gran capítulo de la herencia sifilítica tardía.

Y, referente a la medicación arsenical, que tanto servicio ya ha prestado a la terapéntica desde su incorporación a la práctica corriente, basta oír a Ravaut que, con una estadística de 92,000 inyecciones de novarsenobenzol, no ha tenido ningún fracaso, sino éxitos incontestables y sin un solo accidente mortal. Por eso no tenemos por qué recurrir solamente a la medicación de prueba mercurial, según Castex, teniendo a nuestra disposición el medicamento más heroico del siglo, el medicamento de ataque por excelencia, para apoderarnos de las primeras posiciones enemigas, hablando en lenguaje de guerra, como lo hace tan pintorescamente Jeanselme, pero no descuidando, sin embargo, el mercurio, el medicamento de nuestra reserva, que nos ayudará a guardar perennemente las posiciones conquistadas.

Esta es mi modesta concepción sobre las ideas actuales que tenemos de las sífilis hereditaria tardía en la edad adulta.

1,000 reacciones de Wassermann de la sangre tenemos observadas hasta la fecha. Las practicadas en el Instituto Profiláctico se han hecho de acuerdo al procedimiento Wassermann, modificado por Levaditi. Las practicadas personalmente en nuestro Laboratorio y Centro Venereológico del Ejército, son por el procedimiento Bauer (suero no calentado).

De los resultados de nuestra práctica personal muy satis-

fechos estamos. La mayoría de las reacciones positivas siempre han coincidido con los síntomas clínicos del enfermo que presentaba en su pasado un chancro (algunos de naturaleza problemática), siempre han dado Wassermann positivo. En la sífilis hereditaria, sobre todo tardía, en su mayoría negativa, razón por la cual los especialistas americanos practican el Wassermann del líquido céfalo-raquídeo en aquéllos, con un porcentaje mucho más elevado, de resultados positivos.

Hemos practicado igualmente la seroreactivación del complemento, con resultados no muy precisos, pues parece, según los autores aludidos, que esto sería también debido exclusivamente a la acción misma de las inyecciones de prueba, sobre todo (formación de líquidos).

Nunca hemos dado importancia a los resultados de un Wassermann que algunas veces practicamos y que nosotros denominamos Wassermann por sport. Es el caso de aquellos enfermos que por saber cómo está la sangre, sin presentar ningún síntoma clínico de la afección, piden un Wassermann de la sangre y que algunas veces dan resultados positivos. También siempre hemos practicado la cura específica a aquellos enfermos que, al revés de aquéllos, presentaban síntomas sospechosos de avariosis, con reacción de Wassermann, algunas veces negativas.

Todos los días aparecen nuevos trabajos y observaciones sobre el valor de la reacción de Wassermann de la sangre en el diagnóstico de la sífilis y algunos especialistas llegan hasta negarle en absoluto este valor.

Como resultado de nuestra práctica diaria no estamos de acuerdo con ninguno de los extremos.

Y creo que con nosotros estarán todos los médicos que se dedican a la especialidad, al aceptar *in totum* las conclusiones actuales del último Congreso de Venereología Panamericano, que ha dedicado varias sesiones al estudio y conclusiones de asunto tan interesante de sifilografía. Estas conclusiones las transcribimos:

"*Sífilis. — Diagnosis y tratamiento.* — 1.° ¿Cómo debe usarse la reacción de Wassermann en los casos de sífilis y hasta qué punto debe uno fiarse de sus resultados como prueba de la existencia de la enfermedad, si no existen los síntomas clínicos?

"Por unanimidad se resolvió dividir la cuestión en dos partes:

"*a)* ¿Cómo debe usarse la reacción de Wassermann en los sifilíticos?

"*b)* ¿Hasta qué punto debe uno fiarse de sus resultados en la ausencia de los síntomas clínicos?

"Se llegó unánimemente a las siguientes conclusiones:

"1.º Que una reacción positiva, franca y segura de Wassermann, sea considerada como síntoma de sífilis.

"*Observaciones.* — *a)* Si faltan otros síntomas que acusen la existencia de la enfermedad, la diagnosis basada nada más que en una reacción positiva de Wassermann ha de hacerse con cuidado y discreción.

"*b)* En ausencia de otros síntomas de la existencia de la enfermedad, el resultado de una reacción de Wassermann debe ser repetida varias veces y por diferentes observadores, si es posible. Debe excluirse en lo posible la concurrencia de otros factores que causen una reacción positiva de Wassermann.

"*c)* Debe buscarse prolijamente otras pruebas de la existencia de la sífilis, incluyendo exámenes clínicos, serológicos y patológicos y otras más.

"*Conclusión.* — 1.º Después de haber dado cumplimiento a todas las condiciones arriba enumeradas, no se puede dudar que una reacción positiva de Wassermann es prueba de la existencia de la sífilis.

"2.º Se debe aplicar la reacción de Wassermann en todos aquellos casos que inspiren sospechas de la existencia de la sífilis, pero el resultado positivo o negativo de la prueba debe ser interpretado en los términos de las manifestaciones clínicas que el caso presenta.

"La así llamada reacción de Wassermann, aunque constituye un poderoso auxiliar de la diagnosis de la enfermedad, no debe nunca sustituir a un examen clínico general.

"*a)* ¿Existen algunas profesiones en las cuales debe hacerse uso de la reacción de Wassermann de una manera rutinaria para los obreros?

"Se resolvió unánimemente lo siguiente:

"En toda profesión que requiera un examen médico como medida de garantía para el obrero y para el público, la reacción de Wassermann debe entrar como parte de ese examen.

"La reacción de Wassermann no debe aplicarse de tal manera que produzca la impresión de que una persona con resultado positivo está infectada y otra con resultado negativo no lo está.

"Es importante recalcar la importancia de someterse a la

prueba de Wassermann en los primeros años de la vida adulta, cuando los resultados tienden a ser más significativos, y no aplicar la prueba solamente sobre la base de las profesiones.

"*b)* ¿Se debe establecer la reacción de Wassermann como complemento necesario en los exámenes médicos de las mujeres que esperan ser pronto madres? ¿En los consultorios particulares? ¿En las casas de Maternidad?

"La reacción de Wassermann, sujeta a las interpretaciones más arriba indicadas, debe ser el complemento necesario del examen médico de todas aquellas mujeres que esperan ser pronto madres.

"Se resolvió no establecer ninguna distinción entre los enfermos que concurren a los consultorios particulares y aquellos que se asisten en las casas de Maternidad.

"*c)* ¿Qué significación tiene una reacción débil de Wassermann en una criatura?

"La reacción débil no tiene más significación en una criatura que en un adulto.

"*Pregunta. — d)* 1.º ¿Se podría encerrar en un hospital a una prostituta, fundándose nada más que en el testimonio de una reacción de Wasserman? Si no es así, ¿a qué se reduce exactamente la técnica del fallo definitivo? ¿Se puede llegar a un acuerdo para establecer un mínimum reglamentario?

"1.º Nadie debe ser encerrado en un hospital fundándose nada más que en los resultados de una reacción de Wassermann, tanto más, cuanto ella no constituye la prueba evidente de la existencia de la infección.

"2.º Debe hacerse un examen completo, teniendo en cuenta muy especialmente las otras señales y síntomas.

"3.º El mínimum reglamentario debe ser la demostración de la presencia de una sífilis activa. Esta demostración puede requerir una constante observación del enfermo y las autoridades deberían tener la facultad de detener al enfermo para ese propósito. Cualquiera prueba de la existencia de la sífilis que haya existido por menos de dos años es suficiente para detener a la prostituta. En casos excepcionales este tiempo puede estar sujeto a interpretaciones, pero no se le puede aplicar de una manera arbitraria.

"*Pregunta.—e)* 2.º ¿Cómo debe aplicarse el suero de la reacción de Wassermann en el tratamiento de la sífilis?

"1.º El suero de la reacción de Wassermann no debe ser usado como el único guía para la duración de la sífilis.

"2.º El suero de la reacción de Wassermann no debe ser

usado como la única prueba de la eficacia de un medicamento especial o de un tratamiento.

"3.º El suero de la reacción de Wassermann no debe ser usado como única prueba de una "cura".

"Se debe hacer notar, sin embargo, que una reacción positiva de Wassermann es prueba de la existencia de la sífilis y que su desaparición de otros síntomas de la enfermedad".

Y en lo que se refiere a la punción lumbar y examen del líquido céfalo-raquídeo (albúmina, linfocitosis, etc., etc.), también la hemos practicado muy a menudo como precioso medio de diagnóstico en las afecciones cerebro-espinales de la sífilis. En muchas ocasiones nos ha dado ayuda preciosa, en los casos sobre todo dudosos, frustros e incipientes de las formas nerviosas. Para la albúmina hemos empleado siempre el procedimiento del doctor Sicard. Para la linfocitosis, la célula de Nageotte, siempre con resultados muy satisfactorios.

No hemos sido muy partidarios del examen sistemático del líquido céfalo-raquídeo, que habíamos aprendido a practicar en las clínicas de Jeanselme y en el Instituto Profiláctico de la ciudad de París, bajo la dirección de Vernes. En primer término por la resistencia de los enfermos a punciones repetidas, y actualmente por el descrédito en que ha caído el método como medio de contralor en el tratamiento y curación definitiva de la sífilis. Lo propio ocurre con la reacción de Wassermann de la sangre con el mismo fin.

Por este motivo, seguimos el método de Ravant, que se practica en su oportunidad; según trabajo hecho a conocer últimamente.

También empezamos a practicar el Wassermann del líquido céfalo-raquídeo en la sífilis hereditaria tardía, según el método americano. No tenemos aún suficiente número de casos para deducir conclusiones.

Más de 3,000 inyecciones de 914 hemos practicado, y a notar principalmente, sin ningún accidente serio que fuese fatal.

Las precauciones que siempre hemos tomado para su aplicación son las siguientes: práctica de la inyección siempre de mañana y con el estómago vacío (mate o café antes). Examen sistemático de orina, buscando azúcar y albúmina; posición acostada para la inyección: librar al enfermo de todo lo que pueda comprimirlo, sobre todo en la región del cuello.

Aplicación de la inyección siempre en las venas del pliegue del codo. Inyecciones practicadas en otras regiones del cuerpo, como en las venas de la muñeca y región poplítea y pedia, nos han dado resultados deplorables (una úlcera perforante de la región del puño). Hemos dejado siempre acostado al enfermo durante 15 o 20 minutos después de la inyección. Dieta líquida el día de la aplicación. Y recomendar siempre al enfermo reposo físico e intelectual, el mismo día.

Como accidentes inmediatos a la aplicación, hemos podido observar apenas cuatro casos de verdadera crisis nitritoide (uno en la clínica de Venereología del Val de Grâce de París), por haber, el enfermo, cargado en demasía el estómago antes de la inyección y, sobre todo, haber sido intolerante al medicamento. Los otros tres, en el Hospital Militar Central y en nuestro Gabinete privado. Uno de ellos por haber estado con fiebre (39°) en el momento de la aplicación y haber pasado sin dormir la noche anterior. Hemos intervenido a tiempo en estos casos con inyecciones de adrenalina, sangrías e inyecciones endovenosas de suero fisiológico, oxígeno, etc., etc.

Cefalea y fiebre en 20 o|o de los casos. Neurorecidivas (1 solo caso, parálisis facial, que ha mejorado y casi curado después con el tratamiento mercurial, aceite gris).

Uno de los últimos casos que hasta ahora seguimos observando, es el de un adolescente que con síntomas de queratitis intersticial se presenta en los Consultorios del Instituto Profiláctico y ordeno el tratamiento por el 914 de esta lesión y otras que presentaba. Dió el caso que a las 48 horas de la inyección, el niño quedó completamente ciego, al decir de sus padres. El oculista que intervino para examinar la vista del niño, comprobó una intensa conjuntivitis y una *poussée* aguda de la lesión de la córnea, sin lesiones del fondo del ojo. Instituído un tratamiento local, el enfermito vuelve a recobrar la vista. De acuerdo con el mismo especialista, catalogamos este accidente a la reacción Herxheimer, reagravación de los síntomas de queratitis, y a conjuntivitis muy aguda. Es el primer caso de este género observado por nosotros.

Y ahora que hablamos de reacción de Herxheimer, no lo hemos observado más que en los síntomas de la sífilis del sistema cerebro-espinal, principalmente en el tabes, en donde las primeras inyecciones han reagravado los síntomas de incontinencia de la orina, dolores fulgurantes, etc.

Esto es lo que se refiere al 914, cuya eficaz acción terapéutica ha dado siempre satisfacción al enfermo y al médico.

Entre las otras preparaciones arsenicales, la hectina, el

hectargirio, el galil, sin resultados apreciables y ahora últimamente el cacodilato de sodio en inyecciones endovenosas y a grandes dosis, con resultados espléndidos y tolerancia perfecta en las formas neurasténicas de la avariosis.

Entre las mercuriales, todas las sales: el aceite gris, el calomel, el bicianuro de mercurio (endovenoso), el biioduro y el enesol, este último, cuyo empleo es de nuestra predilección, ya sea en inyecciones intramusculares o endovenosas. Lo hemos empleado en todos los casos en que ni el 914 ni el mercurio eran imperfectamente tolerados. Para nosotros constituye un gran recurso terapéutico.

En cuanto al yodo y a los yoduros, hemos abandonado la vía bucal para el yoduro de potasio. O empleamos el yodo en forma de preparación orgánica, sobre todo en la clientela privada, vía bucal, o por vía intramuscular, aceites yodados. En los Consultorios Públicos empleamos como tratamiento de entretenimiento el licor Donovan Ferrari, por su composición yodo-mercurio-arsenical, si bien en dosis pequeñas en estos elementos.

Y, en resumen, en el tratamiento de la sífilis no sistematizamos con ningún preparado, pero damos un lugar preferente al tratamiento por los arsenicales(novarsenobenzol y neosalvarsán), en cuyo empleo casi no encontramos ninguna contraindicación, salvo la edad del enfermo; aplicamos con prudencia a enfermos que han pasado los 50 años, los tímidos sugestivos y los intolerantes.

Creemos que debido a esto no tenemos sino satisfacciones en el empleo de la maravillosa sal de Erlich. Pero empleamos igualmente el mercurio como tratamiento complementario en todas sus formas, sin olvidar el yodo y los yoduros en sus indicaciones oportunas.

La blenorragia y sus complicaciones la hemos tratado siempre por los procedimientos clásicos, sin olvidar los muy modernos métodos de cura.

Es la uretritis gonocóccica la forma más común de la afección; el método abortivo lo hemos empleado con poca frecuencia, y si la procticábamos, siempre hemos empleado el procedimiento de Motz (protargol) con espléndidos resultados.

El método de Janet para los grandes lavajes, empleamos casi sistemáticamente, pero hemos reemplazado el permanganato con una solución que habíamos bautizado con el nombre

de Neisserina, en homenaje a Neisser, el gran venereologista alemán.

Empleamos una solución madre de oxicianuro de mercurio (1 cucharada de sopa) o 20 cc. y un litro de agua hervida. Cada cucharada contiene: 9 grms. cloruro de sodio; c. s. ácido pícrico para colorear.

Como se ve, en su composición entran el oxicianuro de mercurio, antiséptico ideal y eficaz, poco tóxico, no irritante, no mancha la ropa; cloruro de sodio para hacer la solución isotónica y ácido pícrico suficientemente para colorear la solución, que, además de influir sobre el ánimo del enfermo por su bella coloración amarillo de oro, es queratoplástica de primer orden, además de su acción sedante suave sobre una uretra inflamada. Lo empleamos sobre todo en las dos primeras semanas de la uretritis, mientras subsistan los fenómenos inflamatorios agudos, con más ventaja que el permanganato de potasio, que aún empleado en soluciones muy diluídas agrega a la congestión del canal (3.ª y 4.ª semanas), reemplazamos por el permanganato, con aplicaciones de protargol (solución al 2 o 3 o|o, en *pansement à demeure*, con el compresor uretral de Strauss. Pocas veces hemos fallado en este método y siempre hemos curado la blenorragia aguda simple, en el transcurso de un mes, salvo en las formas complicadas.

En las uretritis crónicas, después del examen de los tres vasos, previo examen de gota, recomendamos al enfermo (con gonococos o sin él), práctica de una semana de grandes lavajes (Neisserina). Después exploración del canal, sonda de Motz, para despistar las foliculitis: sonda olivar para las estrecheces: exploración de la próstata y vesículas seminales para las prostatitis, las foliculitis; masajes de la uretra sobre sonda metálica y *pansement à demeure*, protargol 2 o|o de 5 minutos hasta dos horas de permanencia en el canal. Este procedimiento lo empleamos, casi sistemáticamente, y con resultados muy halagadores.

En los otros casos: estrechez del canal; procedimiento clásico del Beniqué; en las prostatitis, tratamiento habitual por masajes.

Empleamos igualmente el Kollmann cuando, después de haber llegado al 60, hay aún secreción y filamentos. Nos han dado buenos resultados.

La uretroscopia nos ha prestado señalados servicios en las infiltraciones blandas del canal, para cauterizar con nitrato de plata y tintura de yodo. Igualmente que en las infiltraciones duras por foliculitis; destrucción y cauterización, ya sea

por sustancias químicas o cauterio eléctrico, con resultados moderados.

A agregar que los enfermos con complicaciones de las glándulas uretrales constituyen las formas más temibles y tenaces de la uretritis gonocóccica crónica.

En la gonococcia femenina y principalmente en su localización uretral y vaginal, los grandes lavajes, ya sea el permanganato o la Neisserina. En las metritis gonocóccicas, iniciamos ahora el uso de los lavajes intrauterinos (solución Tarnier), teniendo siempre presente sus contraindicaciones (versiones de la matriz), por producir cólicos uterinos muy dolorosos. Agregamos a esta cura, los tapones vaginales de solución de glicerina y protargol.

Empleamos como coadyuvante de la cura en ambos sexos y sobre todo en las complicaciones en el hombre: prostatitis, foliculitis, etc., y en la mujer, bartolinitis, metritis, salpingitis, etc., etc., el tratamiento por la vacunoterapia, que es objeto de una otra comunicación a esta docta Asamblea.

Y así como hemos podido llegar a asegurar muchas veces la cura de la uretritis y sus complicaciones en el hombre, muy raramente hemos podido llegar a asegurar igual cosa en las afecciones gonocóccicas de la mujer. Y a propósito de esto, transcribimos otras conclusiones, que las creemos muy interesantes:

"Como la diagnosis y el tratamiento de la gonorrea en la mujer no ha progresado como los que se refieren al hombre, este Comité llama la atención de los médicos y en particular de los especialistas, sobre la necesidad de concentrar mayor esfuerzo y atención en la diagnosis, tratamiento y cura de tales casos.

"Se resuelve, por lo tanto, la fundación de centros (clínicos), destinados al estudio de la diagnosis y del tratamiento de la gonorrea en la mujer, haciéndose conocer los resultados de estos estudios a todos los médicos, en general.

"Se resuelve, además, que se dediquen estudios especiales a los métodos que se usan actualmente para el tratamiento de la vulvo-vaginitis en las criaturas y niños de corta edad, enviándose un cuestionario a los hospitales y médicos especialistas que se dedican a estos casos y examinando los resultados así obtenidos para llegar a obtener el medio más eficaz de tratar tales casos.

"Se resuelve, además, que se ensanche el Manual Rojo con el objeto de regularizar en lo posible el tratamiento de la gonorrea en la mujer.

"*Pregunta.* — ¿Es posible demostrar de una manera científica que un caso de gonorrea está curado?

"*Respuesta.* — No; no es todavía posible determinar científicamente que un caso de gonorrea está curado. No debe interpretarse, sin embargo, esta respuesta como una negación de la aptitud que tiene un especialista de declarar a una mujer que ya no está infectada después de haber tenido gonorrea".

En cuanto a lo que se refiere al chancro simple, poco tenemos que agregar a su tratamiento habitual y local. Sólo repetimos que su frecuencia va siendo más y más rara, desde el descubrimiento de los nuevos métodos de diagnóstico, ultramicroscopia y examen directo. Pues ya no hacemos actualmente este diagnóstico de acuerdo a nuestros viejos libros de Facultad, que un chancro es simple por su aspecto morfológico, o por su carácter blando al tacto, o por su uni o pluralidad, etc.

Muchos de estos chancros que diagnosticábamos son por el examen ultra o examen directo, ya sea mixtos o específicos. En su tratamiento damos preferencia al cloruro de zinc o aire caliente, este último muy útil en el fagedenismo.

Si fácil y sencilla es la cura del chancro simple, es bien difícil y tenaz, la de su complicación muy frecuente: la adenitis consecutiva al mismo tiempo.

A propósito, un caso hemos observado. Habiendo sido largo tiempo médico en varias formaciones y centros venereológicos del Ejército Francés, muy pocos casos he observado de esta complicación en aquellos centros; muy al contrario de la frecuencia en nuestro país. No sabemos si igual cosa pasa en los otros países de América.

La frecuencia de esta complicación y su tratamiento debían de ser objeto de una tercera comunicación a esta Asamblea, pero la falta material de tiempo nos lo ha impedido.

Sin embargo, dos palabras agregaremos al respecto.

Como causa de adenitis se sabe que es su propagación por vía linfática, a los ganglios de la ingle. Pero su frecuencia en nuestros enfermos, aún no podemos explicarla. ¿Será el temperamento escrofuloso con ganglios predispuestos a la afección *(locus miroris resistentiae)* o los pocos cuidados de la *toilette* íntima de nuestra gente? No sabemos y lo vamos a seguir estudiando.

El tratamiento de estas adenitis, si bien es fácil, no es menos costoso y largo.

Hemos empleado antes de ahora los métodos antiflogísticos, inclusive el método Bier, hasta la incisión y raspados muy dolorosos con fistulizaciones largas y eternas, muchas veces.

Hemos preferido de un tiempo a esta parte las inyecciones intersticiales en el mismo ganglio afectado: la inyección xilol-yodo vaselina, la de benzoato de mercurio, las soluciones yodoformadas, etc., etc.

El siguiente método, entre todos, nos ha dado el 80 o|o de éxitos. La solución Billrotch (glicerina yodoformada, al 10 por 100), es decir, suspensión saturada, que se obtiene por esterilización discontinua (3 días consecutivos en bañomaría; 3 horas cada día el medicamento en frascos Erlenmayer). Cuando la solución está lista para la inyección, debe tener una coloración amarillo oscuro.

La inyección debe practicarse previa asepsia de la región con tintura de yodo, con la aguja larga y gruesa, 1 o 2 cc. en plena glándula cada 2 o 3 días. Con tres inyecciones basta.

Las ventajas de este método son las siguientes: 1.° Abortar la adenitis; 2.° Evitar la incisión y formación de la fístula: 3.° Mismo si no hay lugar a la formación de pus, éste se eliminará perfecta y fácilmente, por el mismo trayecto que ha dejado la aguja, si ésta ha sido bien larga y gruesa.

Recomendamos su empleo.

El Instituto Profiláctico, fundado exclusivamente para el tratamiento y cura de los enfermos venéreo-sifilíticos, ha atendido igualmente enfermos de afecciones de la piel.

En nuestro país muchas afecciones dermatológicas tienen una modalidad clínica especial. Afecciones que muy a menudo hemos visto pulular en los consultorios de los hospitales de París, no existen o si existen son muy raras en el Paraguay. Tal sucede con el lupus y todas las afecciones externas de las tuberculosis, mismo quirúrgicas, al igual que el liquen, la psoriasis, las micosis, las tiñas, etc., etc.

Sin embargo, tenemos el *eczema* en todos sus formas y manifestaciones, y quizás con modalidades clínicas especiales a nuestra raza, igual que las seborreas en todas sus localizaciones.

Vienen después las erupciones parasitarias: *la sarna*, las pediculosis en general y las piodermitis diversas, como el impétigo y el ectima, forunculosis y foliculitis, en formas muy extendidas y frecuentes.

El clima del Paraguay, el régimen alimenticio muy azoado

y los hábitos, son causas a nuestro parecer, de la gran frecuencia de las enfermedades cutáneas aludidas en nuestro país.

Tenemos, igualmente, la lepra, que es objeto de comunicaciones especiales de dos de nuestros colegas paraguayos a esta docta Asamblea, a cuya competencia nosotros confiamos de informaros de su frecuencia y hasta de su tratamiento y cura en el Paraguay.

Y esto es el resumen de nuestra labor en la iniciación de la lucha contra las enfermedades venéreas en el Paraguay.

Nuestra satisfacción sería colmada plenamente si algunos de los datos y conclusiones aportados en esta modesta exposición, pueden servir de alguna utilidad práctica, en el resumen final de las deliberaciones de este II. Congreso.

Estado actual de la lucha antivenérea en América

POR EL DR. EMILIO R. CONI (Buenos Aires)

El trabajo del doctor Coni fué presentado por el doctor Pedro L. Baliña, quien expuso el plan de ese trabajo y leyó las conclusiones siguientes:

Una legislación destinada a defender la sociedad contra el peligro venéreo, debe establecerse sobre principios sólidos, que constituyan un plan general armónico. Dichos principios deben ser:

1.° Represión de la prostitución y prohibirla en absoluto a las menores de 18 años de edad.

2.° Educar debidamente a la mujer en las actividades propias de su sexo por escuelas profesionales y de economía doméstica, facilitándole el ejercicio de ciertas profesiones en las que no son admitidas hoy.

3.° Fundar asociaciones de señoras con idénticos propósitos que *l'Œuvre libératrice* en Francia, tendientes a la rehabilitación y regeneración de las prostitutas por el trabajo, el ejemplo, la moral, etc.

4.° Procurar la curación de todos los venéreos — hombres

y mujeres — estableciendo el tratamiento obligatorio y gratuito de sus males.

5.º Crear en los centros de población dos dispensarios-tipo para la sífilis, (1) uno de los cuales afectado especialmente a mujeres y niños y anexado a una maternidad.

6.º Crear un dispensario-tipo para enseñanza del tratamiento y profilaxis de la blenorragia, organizando al comienzo, dispensarios de este tipo en los hospitales especializados y después en los centros hospitalarios.

7.º Establecer la educación sexual en los establecimientos secundarios y superiores, base indispensable para alcanzar buenos resultados en la lucha antivenérea.

Para ejercer una influencia saludable, sería menester que los médicos pudieran denunciar las enfermedades venéreas. La mayoría de ellos considera que esta declaración constituye violación del secreto médico. No lo han comprendido así los Estados Unidos de América, puesto que en 45 estados sobre 49, se considera obligatoria dicha denuncia para los médicos, etc.

En efecto: no es admisible, que sea precisamente la higiene, la que sacrifique los intereses colectivos, los intereses de la raza, a un privilegio concedido al individuo, en nombre de una moral inverosímil, que sacrifica al inocente para proteger al culpable.

La obligación del secreto ha sufrido en estos últimos tiempos muchas restricciones y actualmente no es posible establecer el juramento de Hipócrates como dogma deontológico. Tratándose de la defensa de la sociedad contra la propagación de las enfermedades venéreas, la denuncia ante la autoridad sanitaria de los casos de sífilis y blenorragia, no puede considerarse como violación del secreto médico.

En ciertos países se hace obligatoria la declaración de los casos de oftalmía blenorrágica; pero hay colegas que se escandalizan ante la proposición de que se denuncien las enfermedades venéreas, como si la oftalmía blenorrágica no fuera tal.

La declaración obligatoria podría efectuarse de dos maneras, a saber: 1.º Que el médico declarara tener un cliente sometido a tratamiento racional por él dirigido; entonces denunciaría el caso sin designar el nombre del enfermo, añadiendo que está sometido a tratamiento racional y prolongado; 2.º Que el médico declarara que tiene un cliente que, a pesar de sus consejos, rehuye someterse a tratamiento racio-

(1) A ejemplo de los institutos profilácticos de la sífilis de París y Montevideo.

nal y prolongado; en este caso denunciaría el caso con nombre, apellido y domicilio, porque ese sujeto es peligroso para la comunidad y porque su rebeldía lo hace indigno de todo género de consideraciones. A los enfermos rebeldes, las autoridades sanitarias los obligarían a someterse a tratamiento conveniente. Precisamente en este caso está una buena parte de las prostitutas, que por interés de seguir ganando la vida con el comercio carnal, no se someten a tratamiento prolongado; y los perversos, principales transmisores de las enfermedades venéreas, que a sabiendas de que son portadores de una enfermedad transmisible, no tienen escrúpulos de contagiar a una desgraciada mujer.

Opino que nuestro medio social no está todavía preparado para recibir el alto beneficio de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas, que también, por otra parte, encontraría gran resistencia e indudable oposición en el cuerpo médico residente, que en su mayor parte no da cumplimiento a la declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas comunes, que, en verdad, no son ni *vergonzosas*, ni *secretas*. En resumen, para penetrar abiertamente en el camino señalado por la ciencia moderna, podría, por lo pronto, obligarse a los médicos a declarar a la autoridad sanitaria, con la discreción debida, únicamente a los portadores de enfermedades venéreas (hombres y mujeres), que se negaran obstinadamente a seguir un tratamiento racional y suficientemente prolongado.

Al reglamentarse esta disposición se adoptarían, como es natural, las medidas para poner a salvo la responsabilidad del médico y para no divulgar el secreto de su enfermedad.

Nota. — El lector hallará *in extenso*, en el II Tomo de estas publicaciones, el trabajo del doctor Coni.

Acción desarrollada por la Liga Argentina de Profilaxis Social en sus cuatro meses de existencia.

POR EL. DR. A. FERNÁNDEZ VERANO (Buenos Aires)

Presidente y Delegado de la Liga Argentina de Profilaxis Social

Señor Presidente:

Señores:

No es sin alguna emoción, debemos confesarlo, que decidimos concurrir a este brillante certamen, donde se han dado cita eminentes maestros de todo el Continente, cuya autorizada palabra y vasta experiencia, más mueven a concentrarse en la atención y la reflexión, propias del que recibe grandes enseñanzas, que a exponer las modestas opiniones propias, por caras que nos sean. Pero la misma seguridad de adquirir nuevos conocimientos, que esta ocasión nos brinda, y, por otra parte, el explicable deseo de conocer el juicio que esta docta asamblea emita sobre la obra que hemos iniciado y que vamos a describir, han pesado más en nuestro ánimo. Al presentarnos ante ellos, ilustres hombres de ciencia, distinguidos maestros, hasta ayer profesores nuestros algunos, desearíamos que sólo viesen en nosotros al discípulo que llega a dar cuenta de cómo ha aprovechado sus lecciones, de qué modo las aplica para lograr el triunfo de ideales que ellos han perseguido y que, si no fué dado alcanzar hasta ahora, por falta de ambiente propicio, hoy, debido a los progresos realizados y, sobre todo, después de la brusca conmoción que ha sacudido a la humanidad, estamos en disposición de lograr.

Me refiero a la obra de preservación social contra las enfermedades venéreas que hemos emprendido, fundando la Liga Argentina de Profilaxis Social, recientemente creada en la vecina República, por iniciativa de un núcleo de jóvenes médicos y bajo los auspicios del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina, la que se propone emplear los medios de todo género, conducentes a disminuir, en la medida de lo posible, la frecuencia de las enfermedades venéreas y de la sífilis en particular.

Ahora bien: ¿cuáles son los móviles, las convicciones, por fuerza profundas, que nos han decidido a emprender esta

obra? Creemos oportuno explicarlas, por referirse a asuntos de palpitante actualidad:

Debemos comenzar por declarar que, al menos los que hemos emprendido el estudio de la noble profesión de la Medicina, no persiguiendo un fin especulativo, sino impulsados por el anhelo de llegar a ser útiles a nuestros semejantes, hemos visto en buena parte defraudadas nuestras esperanzas y hemos llegado a la terminación de nuestra carrera presa de un mayor o menor escepticismo, respecto a la eficacia del arte de curar. Hemos llegado a comprobar, por lo poco que sabemos, el cúmulo de lo que ignoramos. No nos han satisfecho los escasos recursos que la ciencia actual nos ofrece para devolver la salud al organismo enfermo. Vemos cada día nuevos casos en los que el médico, por llegar tarde, nada puede hacer. Y recordamos el dicho de que la Medicina ''pocas veces cura, algunas veces alivia, casi siempre no hace más que consolar''. Estamos convencidos de que, a poco que se descuide, lo más fácil es que el médico con su terapéutica puede dañar al enfermo. Esto lo comprueba plenamente el lema *''primun non nocere''*, lema que es el primer mandamiento que debemos observar en la práctica profesional.

Por otra parte, cuanto más penetramos en el estudio de la clínica, más reconocemos la importancia del factor herencia, terreno, predisposición, resistencia orgánica o como quiera llamársele, lo que nos inlina a prestar cada día mayor atención al estudio de la eugénica y de las ciencias con ella relacionadas. Por fin, nos vemos forzados a reconocer que la mayoría de las enfermedades, se alimentan de un fondo común, donde existen dos agentes etiológicos de primordial importancia, más difundidos que el mismo bacilo de Koch o el treponema de Schaudinn, pues constituyen una permanente pandemia, y que no son otros que la miseria y la ignorancia. La miseria económica, con su secuela de lacras y calamidades, y la ignorancia, con su corte de prejuicios y rutinas, constituyen los más grandes males que afligen a la humanidad, pues de ellos derivan la mayoría de los otros.

Ahora bien: la formidable conmoción que ha sacudido últimamente a la humanidad, ha dejado en todos los espíritus la convicción de que es menester afianzar la solidaridad social, como condición *sine qua non* de todo progreso; sabemos, por otra parte, que la salud pública constituye la base de la prosperidad económica y del bienestar individual y nacional y, estando la medicina, como otra cualquiera ciencia

o arte, sujeta a la ley de la evolución, creemos ha llegado el momento en que deba orientarse hacia la medicina colectiva, es decir, aquella que, concibiendo el conglomerado social como un solo organismo, aplica a las enfermedades sociales remedios exclusivamente sociales; ciencia nacida recientemente, que adquiere cada vez mayor importancia y a la que se ha dado el nombre de Medicina Social.

Pero si la Medicina Social, idéntica en esto a la individual, actúa, para el logro de sus fines, ya por el tratamiento, ya por la profilaxis de las enfermedades, no hay duda que debemos dedicar mayor atención a esta última. Todos estamos de acuerdo en que la Medicina preventiva constituye el ideal realizable. Desde el punto de vista colectivo, ella significa una obra de profilaxis social, y es deber de todo médico ejercitarla en lo posible, pues con razón dice Ingegni: "El médico que no se interesa en el movimiento social moderno, y que no interviene sino en casos de enfermedad y cuando es llamado, que no hace ningún esfuerzo de iniciativa propia para prevenir la enfermedad, no se da cuenta de la importancia de su misión". La institución de la medicina preventiva hará del médico el verdadero director de la sociedad futura y permitirá trocar nuestra profesión, que, tal cual hoy la ejercemos, ha permitido que en todo tiempo haya sido objeto de sátiras violentas, desde Juvenal hasta Bernard Shaw, pasando por Moliére, en otra profesión mejor y más honesta, más conforme con los intereses sociales. Se ha dicho que el objeto de la medicina debe ser una higiene perfecta. Pero no la higiene de laboratorio, tal como se enseña actualmente en nuestras Facultades, sino una higiene de amplias proyecciones sociales, compenetrada y hermanada con la vida, tal como no ha mucho lo ha sostenido el distinguido médico sociólogo peruano, doctor Paz Soldán, en la 3.ª Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en esta ciudad hace pocos meses. En este sentido, grato es comprobar la creación, en muchas Facultades europeas, de cátedras de medicina social y medicina preventiva.

No se nos ocultan los obstáculos que necesariamente deberán ser vencidos para la implantación de la medicina preventiva: la ignorancia de las masas, en primer término; la indiferencia de los poderes públicos, empeñados en contiendas políticas, y, por último, aunque no es lo menos importante, la falta de dedicación de los médicos hacia el estudio de los problemas que ofrece, pues actualmente resulta más lucrativo el ejercicio de la otra medicina, a la que, por oposición,

puede denominarse, *a posteriori*. Hasta se ha señalado como un peligro el advenimiento de la medicina preventiva, la que implicaría, al decir de algunos, la desaparición de la profesión médica, a lo cual ha respondido atinadamente el doctor Ensch, en su obra sobre la Socialización de la Medicina, diciendo que "no se necesita menos ciencia para pronosticar y alejar las causas posibles de una enfermedad evitable, que para diagnosticar y curar una enfermedad. La orientación de la medicina hacia la investigación de los primeros síntomas, — o sea hacia el diagnóstico precoz y el ultra-precoz, que podría denominarse anticipado (añadimos nosotros), — no exigirá menos perspicacia, que la descripción de los síntomas visibles".

Pero existen, en cambio, importantes elementos favorables para el advenimiento de la medicina preventiva. Entre otros, pueden señalarse los evidentes progresos de la higiene pública e ingeniería sanitaria; la orientación de la medicina hacia el diagnóstico precoz de las enfermedades, y, sobre todo, el desarrollo, cada vez mayor, del mutualismo, ya privado, ya principalmente el impuesto por el Estado. Puede afirmarse que la implantación del seguro obligatorio es el más poderoso agente en favor de la medicina preventiva. Conocido es el famoso método chino de ejercer la profesión médica: el médico recibe honorarios mientras el futuro paciente está sano y los deja de percibir cuando aquél se enferma, estando obligado a curarlo, en lo que, además, se halla sumamente interesado para volver a percibir su renta. Este método, que parece tan lejano y tan risueño, no es otro que el que rige en toda Alemania, desde hace cuarenta y dos años, época en que fué implantado por Bismark. La mayoría del pueblo alemán, obreros y patrones, pagan, estando en salud, una contribución a las grandes cajas que bajo el contralor del Estado, atienden el seguro contra la enfermedad, los accidentes del trabajo, la invalidez, la vejez, la maternidad, y hasta la viudez, la orfandad y la desocupación. Las cajas de seguros están, pues, sumamente interesadas en cuidar de que no peligre la salud de sus asegurados, y, en este caso, en oponerse cuanto antes al mal. Por ejemplo: en el caso de una tuberculosis que comienza, los médicos, que realizan el examen sistemático y frecuente de los obreros, hacen la llamada "cura económica", es decir, envían al enfermo en su fase inicial al sanatorio, donde permanece tres o cuatro meses, mientras que, en un grado avanzado de su enfermedad, hubiera producido cuantiosas erogaciones, con la probabilidad de no vol-

ver a ser útil y terminar por sucumbir. Puede decirse, pues, que las cajas de seguros de una nación, son verdaderas fábricas de salud, fortalezas de la higiene y propulsoras eficacísimas de la profilaxis social.

Encaminadas nuestras ideas en esta forma, hubimos de dirigir naturalmente nuestros esfuerzos hacia las enfermedades que la clínica y la estadística demuestran ser las que más peligros ofrecen, por los estragos que producen en el individuo, para el porvenir de la familia y de la raza. El doctor Arthur Vernes, Director del Instituto Profiláctico de París, en un artículo titulado "La Defensa Social contra la Sífiles", decía últimamente lo siguiente: "De todas las enfermedades llamadas sociales, porque el estado social las mantiene y porque corroen a la sociedad, la más frecuente es la sífilis. De los 25,633 casos de enfermedades infecciosas declarados en Nueva York, durante el trimestre transcurrido del 4 de julio al 3 de octubre de 1914, la sífilis venía a la cabeza con 6,432 casos, o sea el 25 o|o; después, la tuberculosis, con 5,525 casos, o sea el 21 o|o; a continuación seguía la difteria, el sarampión, la escarlatina, etc. Dichos números son tanto más sorprendentes cuanto que la sífilis es la enfermedad más frecuentemente desconocida o disimulada, aquélla cuyos casos no declarados son más numerosos. La referida proporción no tiene nada de especial en los Estados Unidos: según mis encuestas personales, me parece que, para París y sus alrededores se puede en la actualidad evaluar en la cuarta parte de la población el número total de los sifilíticos. En ciertos países, toma el aspecto de una endemia generalizada. En algunas regiones de Ukrania y de la Rusia del Sur, el número de ochenta sifilíticos por 100 habitantes ha sido establecido por un delegado de la Cruz Roja Helvética, confirmado por el doctor Semarko y referido en "The Lancet", en el mes de septiembre de 1920, por el doctor Hadán Guest, Secretario y Médico de la Legación Británica del Trabajo.

Por otra parte, en Francia, se ha señalado que cada año mueren por término medio 100,000 tuberculosos, mientras que la sífilis produce 150,000 defunciones.

Durante la pasada guerra, el médico militar del Ejército de los Estados Unidos, general Gorgas, el ilustre higienista, sostuvo que las enfermedades venéreas son la causa más fundamental de impotencia militar, después de los desastres en la línea de fuego.

Todo esto ha permitido afirmar a un gran sifilógrafo frances, Leredde, que "es ya seguro y será pronto posible demos-

trarlo por medio de documentos precisos, que la sífilis representa, desde el punto de vista social, el más grave de los azotes humanos, más grave que la tuberculosis misma, en razón de sus consecuencias directas e indirectas".

Pero hay más: si el problema social de la sífilis es indiscutiblemente el más grave, en cambio, y debemos felicitarnos grandemente por ello, la lucha contra las enfermedades venéreas es la más económica y la más fácil relativamente, frente a las demás enfermedades sociales.

En efecto: la tuberculosis, que se consideraba hasta el presente como la enfermedad social por excelencia, tiene raíces tan profundas en la contextura de las sociedades modernas, que sólo en un provenir muy alejado podemos aspirar a lograr una disminución en la morbimortalidad por ella producida. Para obtenerlo, es imprescindible resolver el problema de la vivienda, proporcionando a las clases menesterosas la casa higiénica y barata, con abundancia de aire, agua y sol; es menester suministrarles una alimentación sana y abundante; lograr que los obreros beneficien del reposo suficiente, etc.; cosas todas que dependen de la elevación de los salarios, para lo que habría que comenzar por implantar el seguro obrero obligatorio, etc., etc. Fácilmente se comprende la complejidad de los reformas necesarias y la lentitud con que forzosamente habrán de realizarse.

Otro de los grandes problemas médicos sociales es el paludismo. La lucha contra el paludismo no es otra cosa que una obra de ingeniería sanitaria: la desecación de los pantanos, petrolización de las aguas estancadas, alcantarillado de las ciudades, etc. Ahora bien: para realizar toda esta obra y hacer que el paludismo desaparezca, es necesario invertir muchos millones, que, desgraciadamente, no poseemos.

En cuanto al otro gran problema a considerar, el alcoholismo, ya los Estados Unidos han indicado cuál es su única solución. Es necesario imponer una legislación prohibitiva, pero para esto hay que considerar la *débâcle* a que pueden exponerse la industria y las finanzas nacionales; por esta causa, las restricciones tienen que progresar muy lentamente. Es, de cualquier modo, una obra esencialmente de Estado, que le corresponde iniciar y desarrollar a los gobiernos.

En cambio, la lucha contra las enfermedades venéreas, requiere simplemente esta condición: la educación higiénica popular. Cuando todos se encuentren informados de la frecuencia del mal, de las formas, tan variadas, en que se verifican las contaminaciones y de la manera de evitarlas, no hay,

duda que disminuirá grandemente el número de los infectados. *Es la ignorancia del público, aumentada por los prejuicios y falsos pudores, la causa principal de que estas enfermedades se mantengan en las proporciones actuales. Debemos, pues, comenzar por crear la conciencia sanitaria popular respecto a los males venéreos.*

Considerando que esta obra nos correspondía a los jóvenes y frente a la desidia oficial, hemos acudido a la iniciativa privada, dando creación a la Liga Argentina de Profilaxis Social, la que desde su fundación expuso el programa de lucha siguiente: Iniciar la educación popular, utilizando todos los medios (carteles, volantes, opúsculos, conferencias en las escuelas, fábricas y talleres, en el ejército y en la armada, ilustradas con proyecciones luminosas y films cinematográficos apropiados); hacer ante todo la educación de los educadores; combatir sin tregua por la prensa, el prejuicio de enfermedades secretas y vergonzosas, dando a conocer los estragos que se deben a la sífilis hereditaria; obtener de los Poderes públicos la legislación pertinente, de acuerdo con la jurisprudencia aceptada ya en los países más adelantados; instalar dispensarios antivenéreos, gratuitos o a tarifas reducidas; estimular la profilaxis personal, abaratando y divulgando el uso de medios profilácticos; combatir el curanderismo y el charlatanismo antivenéreos; combatir la pornografía, ya sea, escrita, hablada o figurada; propiciar y estimular entre los profesionales las investigaciones referentes a estos puntos; insistir ante la necesidad de reglamentar la prostitución (reglamentación perfeccionada, de acuerdo con las ideas actuales); crear un museo antivenéreo y llegar, si fuera posible, a instituir el seguro popular contra las enfermedades venéreas.

Pasaré a dar cuenta a esta honorable asamblea de la acción de la Liga Argentina de Profilaxis Social, en su bien corta existencia, pues fué fundada el 19 de mayo de 1921, habiéndome correspondido el honor de dar una conferencia inaugural previa en el local del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina. Haré, igualmente, un esbozo de lo que se propone realizar en lo sucesivo si llega a contar con el decidido concurso público y de las autoridades nacionales y municipales.

El nacimiento de la nueva asociación fué anunciado al público por cinco carteles que, conteniendo diversas leyendas y consejos de profilaxis, fueron fijados con profusión sobre los muros en las calles de la metrópoli argentina, por orden de

la Intendencia Municipal, conforme lo hace en Montevideo el Instituto Profiláctico de la Sífilis.

La prensa diaria del país se ha ocupado y aplaudido en varias ocasiones los propósitos del nuevo organismo y de sus rápidos progresos, mereciendo artículos editoriales en varios de sus principales órganos.

En comunicación de fecha 4 de junio, dirigida al señor Intendente Municipal, se le dió a conocer los fines de la Liga, exponiendo, al mismo tiempo, su programa de acción y los medios de desarrollarlo.

Con fecha 10 de junio dirigió la Liga al Congreso Nacional una comunicación, que aparece publicada en el mismo folleto N.° 1 que los señores adherentes encontrarán dentro del sobre conteniendo las diversas publicaciones de la Liga, obsequio de ésta. En ella se solicitan importantes medidas legislativas y, para no citar sino las más importantes: certificado de sanidad para el matrimonio; protección amplia de la mujer y del niño en primera infancia; iguales derechos del hijo ilegítimo que el legítimo; medidas sobre promesas matrimoniales; penas severas para reprimir el aborto criminal; etc., etc.

Con igual fecha remitió al Ministerio de Instrucción Pública una comunicación solicitando que en los programas de estudio de los Colegios Nacionales, escuelas normales y demás institutos de enseñanza secundaria, los profesores respectivos de higiene, incluyeran en sus programas nociones claras y precisas sobre el peligro venéreo. Sometió igualmente a la consideración del señor Ministro la conveniencia de establecer la educación sexual en ciertos establecimientos, a título de ensayo, permitiéndose indicar para iniciarla los trabajos del señor Burlureaux y de Mme. Jeanne Leroy-Allais. Dicho Ministerio tuvo a bien acceder al primer pedido formulado por la Liga, manifestando que en el momento de la revisación de los programas, se procedería en consecuencia, pero ninguna alusión se dignó hacer con respecto a la educación sexual, que continúa siendo una especie de *noli me tangere* para los educadores modernos.

Del Ministerio de la Guerra la Liga solicitó la impresión de tres volantes con instrucciones antivenéreas, a fin de ser distribuídos profusamente a los conscriptos, por el estilo de los repartidos en Francia por orden de los Ministerios de Guerra y Marina, El Ministro resolvió de conformidad el pedido, ordenando la impresión de los tres volantes a la Dirección de Sanidad, pero esta repartición no pudo dar cumpli-

miento a la orden ministerial por carecer de fondos para el efecto, dificultad que pronto va a ser subsanada, por intermedio de una casa comercial que tomará a su cargo dicha impresión. En la misma comunicación se solicitaba también que en las libretas de enrolamiento se hicieran figurar instrucciones generales antituberculosas, antialcohólicas y antivenéreas.

El Ministerio del Interior, requerido en el sentido de que acordara a la Liga un subsidio mensual, nada ha resuelto aún y ha guardado silencio hasta el presente.

Los señores Congresistas podrán valorar la acción de la Liga, leyendo el apéndice que figura en sus folletos. Ella se propone dar a luz 12 volantes, de los que hasta ahora han aparecido seis, y once folletos, de los que han visto la luz cuatro, todos ellos en cantidades que oscilan entre 10,000 y 30,000 ejemplares. En efecto: si las autoridades no se han dignado hasta el presente cooperar materialmente en los propósitos de la Liga, en cambio, todas las publicaciones aparecidas han sido costeadas por diversas empresas comerciales, a título gratuito, habiéndose invertido en ellas, hasta el presente, más de seis mil pesos nacionales.

Para intensificar la propaganda antivenérea, la Liga viene realizando un ciclo de conferencias públicas con proyecciones luminosas y *films* cinematográficos en los colegios nacionales, escuelas normales, sociedades diversas, fábricas, centros obreros, etc., y, al efecto, utilizan una colección de diapositivos de acuerdo con los del profesor Gougerot, de París. Se han encargado a los Estados Unidos los once *films* que figuran en el apéndice de los folletos, los que indudablemente permitirán realizar una acción eficaz.

También se propone dar piezas teatrales, disponiendo de tres, a saber: ''Los averiados'', de Brieux; ''La estatua del delirio'', del doctor Alberto Nast, y ''Lo adquirido'', de Enrique Ríus, de Montevideo.

En breve aparecerá el Boletín mensual de la Liga, donde se propone publicar los últimos adelantos sobre la profilaxis social de las enfermedades venéreas.

La Liga ha dirigido al Cuerpo Médico de la República Argentina unas encuestas médico-sociales, para conocer las relaciones de la sífilis y la tuberculosis, sífilis y cáncer, y, finalmente, sífilis, mortinatalidad y mortalidad infantiles.

Actualmente la Liga realiza activas gestiones ante las autoridades nacionales y municipales para obtener su concurso financiero; para establecer lo más pronto posible dos dispensarios venereológicos ''tipos'', uno para hombres y otro para

mujeres, y para que sean convenientemente organizados y dotados los dispensarios antivenéreos municipales, que representan, por así decir, una obra apenas bosquejada; para que los medicamentos antivenéreos sean declarados por ley del Congreso exentos de derechos de aduana y puedan ser vendidos a precio de costo; para que el Congreso Nacional sancione una ley análoga a la votada por el Senado uruguayo, presentada por el doctor Alejandro Gallinal, que permita combatir eficazmente el charlatanismo y el curanderismo; para establecer, tan pronto como sus recursos lo permitan, un museo venereológico público, con *moulages* por el estilo del del Hospital San Luis, de París; para que las damas argentinas constituyan una asociación para realizar la rehabilitación y regeneración de la mujer caída, análoga a "La Obra Liberatriz", iniciada en París por Mme. Avril de Sainte Croix.

La Liga de Profilaxis estudia en estos momentos un memorial, que debe ser presentado a la Intendencia Municipal para hacerle conocer sus ideas sobre prostitución y su represión. En él se propondrá la reglamentación perfeccionada sostenida por el doctor Gougerot, en la que el sistema coercitivo se ve reducido a su mínima expresión y no subsiste sino para las rebeldes, puesto que toda meretriz dócil, es decir, que consienta en conducirse bien y en someterse a la curación debida, puede verse alejada de la reglamentación por el sistema del convencimiento y la dulzura. No puede haber consideración alguna, en cambio, contra esas mujeres deshonestas, que sabiéndose enfermas y contagiosas, no se deciden a cuidarse, y el Estado tiene derecho de tratarlas con rigor. Así, pues, la reglamentación propuesta por la Liga es un término medio entre la antigua reglamentación y el abolicionismo, un sistema de transición, de acuerdo con las necesidades actuales.

La Liga Argentina piensa que, dada la mentalidad de estos países latino-americanos y las ideas reinantes de sus cuerpos médicos, no hay que pensar por ahora en la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas, ni tampoco pretender instituir el delito civil y penal de contaminación venérea, propuesto por varios tratadistas, pero que vendrán, ciertamente, más adelante, cuando el público esté instruído al respecto.

El ideal, como bien lo dice el doctor Gougerot, consiste en procurar a los venéreos y venéreas facilidades de todo género para asistirse en forma ambulatoria o disponer de una cama en un hospital durante el período de accidentes, a fin de reducir al mínimum la duración y frecuencia de aquéllos, para

proseguir el "tratamiento de conservación", evitar recidivas y, en fin, educarlos, para que no diseminen el contagio y puedan así acumular probabilidades de curación.

Añadiré que la Liga Argentina ha extendido su acción al interior de la República y que la obra de educación popular se desarrolla activamente fuera de la capital, en Bahía Blanca, Concordia, Dolores, Córdoba, Mendoza y otras ciudades, habiendo últimamente la Municipalidad de Bahía Blanca invitado a la institución a dar en aquella ciudad un ciclo de conferencias públicas, el que se verificará en breve.

Antes de terminar, deseo dejar constancia del inestimable concurso prestado a esta obra por el viejo veterano y apóstol de la higiene pública y la medicina social en América, el que, a raíz del tercer Congreso Médico Latino Americano, celebrado en esta Capital en 1907, fuera nombrado Presidente de la Liga Latino-Americana contra la avariosis, cuya secretaría desempeñó el Presidente de la Comisión Organizadora de este Congreso, doctor José Brito Foresti; aquél que por esa época, fundara en Buenos Aires una Liga con los mismos fines que la actual, la que, por desgracia, desapareció prematuramente: habréis adivinado que me refiero al doctor Emilio R. Coni. Su consejo experimentado nos ha permitido salvar muchos contratiempos y su labor infatigable ha contribuído a facilitarnos buena parte de las tareas realizadas.

Señores: Conocemos bien la obra ejemplar de profilaxis antivenérea desarrollada desde años atrás en el Uruguay, que figura en este sentido al frente de las naciones de Sud América y a quien correspondía, en justicia, por este motivo, la celebración de este Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía. Al presentar esta comunicación, sabíamos que la obra que nosotros iniciamos ha sido llevada en gran parte a la práctica en esta república hermana, que, para dicha suya, ha contado con hombres de la talla de Gallinal, Scaltritti, Brito Foresti y aquel infatigable campeón, cuyo nombre podrá figurar honrosamente al lado de los Vernes, Gougerot y Gauducheau en Francia, y los Snow, Stokes y Clarke, en Estados Unidos, el doctor Juan Antonio Rodríguez, por cuya sensible pérdida debo presentar a esta asamblea, en mi carácter de Presidente y Delegado de la Liga Argentina de Profilaxis Social, mis respetuosos sentimientos de condolencia.

Sólo nos ha inducido, repetimos, al llegar aquí, el deseo de presentar al elevado juicio de esta docta asamblea, la obra emprendida en nuestro país y la esperanza de obtener su

aprobación, lo que para nosotros significaría una hermosa compensación de la labor efectuada hasta la fecha.

Modelos de carteles murales de propaganda de la Liga Argentina de Profilaxis Social

De cada 1,000 niños ciegos

800 lo son debido a la conjuntivitis purulenta, por culpa de sus padres.

Evite las enfermedades venéreas!

Si Vd. ha contraído una enfermedad venérea, no debe avergonzarse por ello. Es simplemente un jugador que ha perdido. Su revancha consiste en curarse. Su deber de hombre digno es no propagar su enfermedad.

La sífilis se trasmite por herencia hasta la tercera y cuarta generación. Atacando a los hijos, destruye la familia y degenera la raza.

Por interés propio, de los suyos y de sus semejantes, debe Vd. preservarse.

EN EL HOSPICIO DE LAS MERCEDES

el 50 °/₀ de los asilados son sifilíticos.

Preservese Vd.!

UN CASTIGO BIBLICO

lo constituye la sífilis hereditaria, porque condena a los hijos a pagar las faltas de sus padres hasta la tercera y cuarta generación.

Cuídese Vd.

La lucha antivenérea en la República Argentina

Un programa de acción

POR EL DR. ÁNGEL M. GIMÉNEZ (Buenos Aires)

Jefe de Clínica de la Cátedra de Dermato-Sifilografía de la Facultad de Medicina de Bueno Aires (Hospital Ramos Mejía)
Ex diputado nacional.—Ex Vicepresidente del Concejo Deliberante Municipal de la ciudad de Buenos Aires
Secretario del Comité Argentino-Uruguayo de la Federación Abolicionista Internacional

Señores:

Cuando hace tres años, una empresa cinematográfica, en una exhibición privada, dedicada al Cuerpo Médico de Buenos Aires, presentó el interesante film "Padres, cuidad vuestros hijos", cuyo argumento estaba tomado del drama *"Les avariés"*, de Brieux, uno de los letreros explicativos decía que en algunos de los países de Sud América, el 90 por ciento de la población se encontraba enferma de sífilis.

Un murmullo, mezcla de sorpresa y de indignación, se sintió en medio de la oscuridad de la sala, y los comentarios a la improvisada estadística se siguieron, considerada como el reflejo de la *vox populi*.

Y bien: tomando como base esta hipotética proporción, que podríamos completarla con otro concepto popular, de que es una excepción el que un hombre en el período de vida de actividad sexual, no tenga o haya tenido una enfermedad venérea, veremos si analizando las estadísticas demográficas, deficientes e incompletas, podemos dar una idea de la magnitud del gran problema de la difusión de las enfermedades venéreas en la República Argentina.

El "Anuario Demográfico de la República Argentina", publicado por el Departamento Nacional de Higiene, constituye la única publicación que trae cifras de todo el país, siendo el último tomo publicado el correspondiente al año 1912. Sobre 120,836 defunciones producidas en toda la nación durante ese año, aparecen sólo 542 muertes por sífilis, cifra, por cierto, muy insignificante.

Pero si analizamos otros grupos nosológicos y buscamos la parte que puede tener la sífilis en la etiología de la enfermedad que ha producido la muerte, encontraremos cifras pavorosas.

Así tenemos bajo el rubro de raquitismo 90 casos, en el

de los cánceres y tumores malignos 8,433, las afecciones nerviosas 10,213, entre las que se cuentan la encefalitis con 121, la meningitis 5,016, el tabes y otras afecciones medulares 273, la parálisis general 186, la epilepsia 191, las hemorragias cerebrales 2,927.

Las afecciones del aparato circulatorio suman 12,171, de las que 1,243 corresponden a alteraciones arteriales; la tuberculosis suma 8,645 y las neumonías, bronconeumonías y gangrenas pulmonares 12,971. ¿Qué parte corresponde a la sífilis, estando su diagnóstico fuera del alcance del médico práctico?

Las úlceras del estómago suman 76 y las afecciones del aparato génito-urinario 2,825, enfermedades en las que la blenorragia tiene su influencia preponderante.

Por último, el mismo Anuario nos da 2,825 fallecidos por vicios de conformación congénitos, 1,482 por debilidad congénita y 9,241 nacidos muertos!

Podríamos afirmar ante estas cifras, que los señores médicos con su autorizada competencia pueden interpretar, que la sífilis mata en la República Argentina más de 30,000 personas al año, el doble que la tuberculosis y más que cualquier epidemia o cualquier guerra!

Respecto a las estadísticas de morbilidad, algunas cifras tomadas de publicaciones diversas, podrán, igualmente, darnos una idea sobre la magnitud del problema.

El ejército argentino, organizado bajo el sistema del servicio militar obligatorio, nos ilustra al respecto.

Los doctores Pacífico Díaz y Neocle Ragusin, de la Sanidad Militar, en un trabajo presentado a la Sección de Medicina e Higiene del Congreso Americano de Ciencias Sociales, reunido en Tucumán el 5 de julio de 1916, nos dicen:

"Para darnos cuenta de la intensidad con que las enfermedades venéreas afectan a nuestro país, sólo tenemos un medio, que es recurrir a las estadísticas del ejército, que nos dará la morbilidad media de la juventud masculina a la edad de la conscripción, y luego compararla con la de las otras naciones.

"La estadística de nuestro ejército, según los datos que posee la Dirección General de Sanidad Militar, da para los cinco años 1889-1903 inclusive, un promedio de 192.92 enfermos de venéreo por mil de efectivo, y para los cinco años 1911-1915 inclusive, da 124.90 por mil, como puede verse en el cuadro número 1.

"Estas cifras, que pueden figurar entre las más elevadas que la estadística de otras naciones nos ofrece, dista mucho de ser la exacta, según ha podido comprobarlo uno de nosotros (Díaz), en una inspección personal en el mes de febrero de 1903.

CUADRO NÚMERO 1

Morbilidad venérea en el Ejército Argentino

AÑOS	1899	1900	1901	1902	1903	1911	1912	1913	1914	1915
Blenorragia y sus complicaciones	1,112	834	597	978	2,213	1,630	1,685	1,531	963	1,366
Chancro simple	510	260	173	285	532	820	828	721	414	436
Sífilis	578	446	245	296	413	197	200	288	148	109
Total de venéreos. . . .	2,200	1,540	1,015	1,559	3,158	2,647	2,713	2,540	1,525	1,911
Fuerza media efectiva . .	9,865	9,307	7,359	10,369	11,715	18,830	155,893	19,852	19,075	16,948
Promedio por mil. . . .	233.01	165.46	137.92	150.35	269.56	140.57	171.52	127.93	79.92	113.68

"Comisionado por el Excmo. Señor Ministro de la Guerra para estudiar el desarrollo del mal venéreo en el ejército, solicitó, para llenar más fácilmente su cometido, a la vez que para dar a sus investigaciones el carácter de un documento fehaciente, que le acompañaran en la tarea los señores cirujanos adscriptos a los cuerpos que componen la división de la Capital, y, junto con ellos, reconoció, uno por uno, los

soldados de las fuerzas acampadas en la Capital, Liniers y Campo de Mayo. Anotando con su diagnóstico los enfermos que encontraban y sumándolos con los que ese día ocupaban una cama en la enfermería y los hospitales, se obtuvo la morbilidad general diaria de cada cuerpo, de la cual ha sido sencillo extraer la venérea y formar el cuadro estadístico número 2, y que vamos a extractar en algunas palabras.

CUADRO NÚMERO 2

Ejército Argentino. Morbilidad venérea por batallón en las fuerzas acampadas en la Capital, Campo de Mayo y Liniers en el día 12 de Febre10 de 1903.

	Número de plazas examinadas	Total de enfermos de todas clases	Blenorragia	Chancro simple	Sífilis	Total de enfermos venéreos	Promedio de venéreos por mil de efectivo.
Capital:							
Regimiento 10 de Infantería. . .	113	15	6	—	—	6	53.09
Regimiento 1.° de Infantería . .	150	31	9	1	4	14	93.33
Regimiento 3.° de Infantería . .	279	52	10	2	4	16	57.34
Palomares militares	10	3	1	—	—	1	100.00
Regimiento 9.° de Caballería . .	167	37	10	2	3	15	89.82
Campo de Mayo:							
Regimiento 4.° de Caballería . .	153	24	3	3	5	11	71.89
Regimiento 7.° de Infantería . .	155	24	7	4	1	12	77.41
Regimiento 5.° de Infantería . .	131	37	8	2	4	14	106.87
Regimiento 8.° de Caballería . .	206	13	5	2	—	7	33.98
Zapadores	79	12	3	—	1	4	50.63
Escuela de aplicación de clases de Caballería.	86	19	8	—	—	8	93.02
Liniers:							
Granaderos a caballo	122	32	4	—	1	5	40.98
Batallón del tren	50	16	4	—	1	5	100.00
Regimiento 2.° de Artillería. . .	204	47	9	3	1	13	65.72
TOTALES	1,905	362	87	19	25	131	—
Promedio por mil según enfermedades	—	190.02	45.66	9.97	13.12	68.76	—

"Entre los 1,905 hombres que se presentaron a la observación, se encontraron 362 enfermos de todas clases, de los que 131 (más del tercio) eran de venéreo, lo que nos da un promedio diario de 68.24 de estas enfermedades por mil de efectivo. Suponiendo que cada enfermo necesitara dos meses para su curación, el doble del tiempo designado por los higienistas como necesario para los ejércitos de otros países, tendríamos que este número de 68.24, que hemos encontrado en un día, enfermos por mil de efectivo, se renovaría seis veces en el año, lo que daría 409 como promedio anual, que comparado con 192.92 de la estadística oficial nos ofrecería una diferencia exorbitante. Esta diferencia, dice ese informe, demuestra que un número muy grande de venéreos escapa a la observación médica y a sus beneficios, y se elevaría al doble, si en vez de calcular a razón de sesenta días por enfermo, lo hiciéramos por número clásico de 30, que nos daría un promedio anual de 818.8 (el doble de los anteriormente encontrados). Así, pues, manteniéndome en el cálculo anterior, afirmo que en nuestro ejército la morbilidad anual por venéreo, es superior a 409 por mil; creo que nadie podrá tacharme de exagerado".

Algunas estadísticas de servicios hospitalarios aportan datos interesantes. En el Hospital Rivadavia, destinado a mujeres, en el año 1919 fueron internadas 6,864 enfermas, de las que corresponden a:

Salpingitis	211
Pelviperitonitis	84
Metritis	367
Bartolinitis y vaginitis	29
Blenorragias	98
Papilomas	19
Sífilis	216
Total	2,024

Lo que daría un 29.48 por ciento. Cifra pasible de error, en más, por ser posible alguna otra etiología en estas enfermedades; y en menos, porque faltan los que se refieren a los casos de clínica general, disimulados con otros diagnósticos.

En la maternidad del mismo hospital, durante ese año, sobre 1,266 parturientas internadas, 148 tenían sífilis, es decir, el 11.7 por ciento.

El doctor Mauricio Helman, en una publicación aparecida

el año pasado, trae datos de la Sala IX, Servicio del doctor Araoz Alfaro, en el Hospital de Clínicas, donde sobre 24 enfermos hospitalizados, había, el día del examen, 15 sifilíticos; el 60 por ciento.

En el Hospital Italiano de Buenos Aires, en el período del 1.º de abril de 1918 al 31 de marzo de 1919, en la Sección Médica, de la que es primario el doctor Francisco L. Grapiolo, sobre 1,566 enfermos hospitalizados, 182 eran por sífilis; el 11.62 por ciento.

En la Clínica Dermato-Sifilográfica del Hospital Ramos Mejía, de enero a agosto del año en curso, se han atendido en el consultorio 358 enfermos nuevos de sífilis y 114 de otras enfermedades venéreas, menos blenorragia.

En el Instituto de Ciegos de Buenos Aires, sobre 77 ciegos internados en el año 1912, se encontró que 47 lo eran a causa de conjuntivitis purulenta de los recién nacidos, es decir, el 61 por ciento.

Planteado el problema, demostrado con estas cifras su magnitud y el mal social que representa, que, bastardeando la raza, degradando a los individuos, incapacitándolos para actividades útiles, y haciéndolos pesar como aplastante carga sobre toda la sociedad, sobre los presupuestos de asistencia, llenando de desvalidos y enfermos los hospitales, asilos y manicomios, corresponde a todos, y, más que todo, a los médicos, entrar de lleno, no sólo a dar consejos y propiciar medidas, sino poner de su parte todas sus energías y abnegaciones, en esta moderna cruzada contra tan terrible flagelo.

En este sentido, presento a la consideración del Congreso un proyecto de medidas a recomendarse a los Gobiernos sudamericanos, esperando que le daréis aprobación.

Encuadrados dentro de las ideas corrientes de los países más adelantados, no creo necesario entrar a analizar los diversos puntos, lo que me obligaría a dar una extensión mayor a esta comunicación, por lo que me concretaré a hacer algunas anotaciones.

I

ASISTENCIA SOCIAL

1.º En las naciones organizadas bajo un régimen federal, y, más que todo, como la nuestra, se comprueba un defectuoso régimen de servicios de asistencia social, sea por la super-

posición de organizaciones, sea por la sustitución de actividades, con que se recarga los centros urbanos.

Es el caso de la ciudad de Buenos Aires, con su Asistencia Pública Municipal, su Sociedad de Beneficencia, sus Asilos y Hospitales Regionales, su Hospital de Clínicas de la Universidad, los hospitales particulares, etc. Una concentración de energías es necesaria, sea nacionalizando o municipalizando los servicios de asistencia, tanto más necesario para una acción conjunta en la lucha contra las enfermedades venéreas.

2.° Una buena preparación del personal médico de estos establecimientos debe complementarla, así como la de los médicos prácticos.

Pero, desgraciadamente, un concepto equivocado parece primar en algunas Universidades, quitando importancia a las especialidades, como la de Buenos Aires, que ha reducido a cursos de seis meses, que en la práctica se reducen a tres, la cátedra de Dermato-Sifilografía.

A la sifilografía debe dársele toda la importancia necesaria; se le encuentra en toda la medicina, en todas las clínicas, y debe, por tanto, difundirse y profundizarse su conocimiento, dándole, no sólo la extensión suficiente a su enseñanza en general y en especial, sino, también, creando cursos de perfeccionamiento para médicos, en los que podrían, periódicamente, concurrir los de la campaña y los prácticos de las ciudades a refrescar y renovar sus conocimientos.

3.° La denuncia obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas, establecida en todos los países, debe ser extendida a las enfermedades venéreas, obligando así a realizar la única y verdadera profilaxis médica por el tratamiento obligatorio de los enfermos, debiendo penarse a los que así no lo hicieran.

4.° Esta asistencia debe ser gratuita, ofreciendo, para que sea eficaz, todas las seguridades de discreción y seriedad.

5.° La creación de dispensarios antivenéreos es una de sus formas más prácticas de realización, habiendo proyectado y obtenido la sanción de la siguiente ordenanza, que, desgraciadamente, no se aplica como fué nuestro deseo al propiciarla, debiendo reconocer que el Uruguay y el Brasil nos han dado el ejemplo progresista al respecto, con sus admirables organizaciones.

Artículo 1.° Toda persona que esté atacada de una afección venérea, será asistida gratuitamente (médico, medicamentos, curacio-

nes, hospitalización, etc.), a su simple presentación a un hospital o consultorio que dependa de la Municipalidad de la Capital.

Art. 2.º Créase en la Asistencia Pública una sección denominada "**Profilaxis de las enfermedades venéreas**", la que estará a cargo de una Comisión compuesta por los actuales jefes de servicio y de los servicios a crearse, destinados al tratamiento y profilaxis de estas enfermedades, la que tendrá por misión:

a) La dirección de las salas, consultorios, dispensarios y curatorios municipales, destinados al tratamiento de los enfermos venéreo-sifilíticos.
b) La divulgación en la forma más amplia posible, por medio de folletos, carteles, volantes, conferencias y demás medios que la experiencia aconseje, tendientes a combatir la difusión de estas enfermedades.
c) Asesorar a las autoridades sanitarias sobre las medidas de profilaxis antivenérea a tomarse.
d) Estimular las iniciativas privadas de las sociedades de beneficencia, socorros mutuos, etc., para la profilaxis de estas enfermedades.
e) Obtener de las autoridades nacionales, la institución de servicios especiales para el tratamiento de las enfermedades venéreas en el Ejército y Armada, Consejo Nacional de Educación, Arsenales, Policía y Bomberos, y demás dependencias del Estado, que ocupen gran número de obreros y empleados.
f) Todos los médicos de la dependencia de la Asistencia Pública estarán obligados a dar una conferencia mensual, por lo menos, en los sitios donde los destine la Dirección de la misma Asistencia Pública, sobre enfermedades venéreas y la profilaxis correspondiente.
g) Los médicos de los dispensarios estarán obligados a dar semanalmente una conferencia sobre el mismo tema que se enuncia en el inciso anterior.
h) Las sociedades culturales, sociedades obreras y bibliotecas públicas, podrán solicitar de la Dirección de la Asistencia Pública un conferenciante, sobre esas cuestiones.

Art. 3.º La Dirección de la sección "**Profilaxis de las enfermedades venéreas**", estará a cargo de un médico designado por mayoría de votos de los componentes de la Comisión, debiendo desempeñar su cargo durante un año. El cargo de Director no da derecho a retribución extraordinaria alguna, ni a eludir la dirección del servicio a su cargo. Puede ser reelegido.

Art. 4.º La Comisión se reunirá, por lo menos, una vez al mes y en todos aquellos casos en que la Dirección de la Asistencia Pública creyese necesario. En las sesiones ordinarias sólo podrá tratarse de la elección del Director, cuando estuviese vacante el cargo

o el electo hubiese cesado en su mandato, del estudio de las medidas profilácticas a tomarse, de los métodos de diagnóstico, de las estadísticas y de toda consulta que al respecto se le hiciese. Las resoluciones de esta reunión sólo tendrán un carácter consultivo.

Art. 5.º Fuera de los consultorios y demás servicios hospitalarios existentes destinados al tratamiento de las afecciones venéreo-sifilíticas, se establecerán en parajes adecuados diez dispensarios completamente independientes de aquéllos, destinados a:

1.º La asistencia de los enfermos venéreo-sifilíticos que no necesiten ser hospitalizados, para los que habrá consultas médicas todos los días, incluso los domingos y feriados, de 8 a. m. a 10 a. m., y de 8 a 10 p. m.
2.º Su tratamiento y curación profiláctica por medio de lavajes, inyecciones, etc., todos los días desde las 8 hasta las 11 a. m. y de la 1 hasta las 10 p. m., en las horas comprendidas entre las 8 a. m. y 11 a. m. y desde las 6 p. m. a 10 p. m., serán para la asistencia de hombres y de la 1 a las 6 p. m. para mujeres.

Art. 6.º Cada dispensario estará bajo la dirección de un Médico-Director rentado, cuyas funciones serán:

a) Atender personalmente el consultorio durante las horas destinadas al efecto.
b) Proponer a la Dirección General de la Asistencia Pública, el nombramiento de los médicos agregados que crea necesarios.
c) Aconsejar a la Comisión de Profilaxis Antivenérea, las medidas que crea necesarias para la mejor atención de estas enfermedades.
d) La vigilancia del personal empleado en el dispensario y de todo lo que se refiere a su administración.

Art. 7.º Cada dispensario contará con un número de médicos agregados, quienes desempeñarán sus cargos "ad honorem", y a los que se computará su antigüedad y asiduidad en el desempeño de su puesto para la provisión de las vacantes de Director a producirse.

Art. 8.º Cada dispensario deberá disponer:

1.º De una sala de espera.
2.º Una sala para consultorio.
3.º Una sala con las suficientes divisiones para la separación y reserva de los enfermos.
4.º Una sala con seis camas por lo menos para los enfermos que deban permanecer en reposo u observación durante algunas horas, cuando hubieran recibido tratamientos especiales.
5.º Un laboratorio para análisis clínicos inmediatos.

Art. 9.° En el Laboratorio central de la Asistencia Pública se establecerá una sección especial para los análisis clínicos de los servicios de enfermedades venéreas. Los laboratorios actualmente existentes en los hospitales municipales efectuarán dichos análisis a la simple presentación de la orden expedida en los dispensarios a crearse.

Art. 10. En cada consultorio, sala y dispensario, se llevará un registro detallado con las observaciones, evolución de las enfermedades, tratamiento hecho a los enfermos, origen de su contaminación y demás antecedentes necesarios, debiendo uniformarse dichos registros a objeto de una estadística regular.

Art. 11. En la Farmacia central de la Asistencia Pública y en las de los hospitales de su dependencia, habrá una sección especial para la provisión de instrumentos y medicamentos necesarios para la profilaxis y tratamiento de estas enfermedades.

Art. 12. Todo estudiante de Medicina que desee ingresar como practicante en un hospital o estación sanitaria municipal, deberá justificar haber prestado servicio, cuando menos, durante seis meses, en uno de los servicios de enfermedades venéreas.

Art. 13. Todo médico que en su Servicio aconsejara el abandono del tratamiento a un enfermo o lo diera de alta contra su voluntad, cuando presentara manifestaciones contagiosas, será suspendido en su cargo por el término de un mes por primera vez, y exonerado en caso de reincidencia, salvo que se tratara de un caso de fuerza mayor.

Art. 14. La Asistencia Pública tratará, a la brevedad posible, de la habilitación de salas en los hospitales de su dependencia, para la hospitalización de los enfermos venéreo-sifilíticos que la necesitaren.

Art. 15. El D. E. gestionará que en los hospitales pertenecientes a instituciones privadas se establezcan consultorios y dispensarios destinados a la asistencia en la forma más amplia de estos enfermos.

Art. 16. Las instituciones particulares de asistencia médica (mutualidades, empresas de asistencia, hospitales, sanatorios, etc.), que excluyan de sus servicios a los enfermos venéreos, no podrán ser exoneradas del pago de los impuestos municipales y el D. E. gestionará de los Poderes públicos que no se les otorgue personería jurídica y les sea retirada a las que la tuvieran.

Art. 17. El gasto que demande el cumplimiento de la presente ordenanza será imputado al inciso 33, partida 27, del presupuesto en vigencia.

Art. 18. Comuníquese, etc.

6.° *Acción de las mutualidades.*

Las sociedades de socorros mutuos, en el concepto corriente de organizaciones de asistencia médica. no deben concre-

tar su misión a dar médico, medicamentos, subsidios, etc., a sus asociados, sino que deben perseguir un propósito más elevado y educador, de verdadera asistencia social.

Concretarlas a cuidar enfermos, es llegar tarde, cuando el mal es irreparable y se debe sufrir las consecuencias, que se manifiestan luego, en forma económica, con los recargos en los gastos sociales.

Aún pesa en muchas sociedades de socorros mutuos el concepto de que las enfermedades venéreas son vergonzosas e inmorales, y se niegan a prestarles asistencia.

Pocas mutualidades auténticas en su organización y finalidad han comprendido su verdadera misión, y podría citar al respecto la Tipográfica Bonaerense, la Obrera de Socorros Mutuos, La Fraternidad Internacional, todas establecidas en la ciudad de Buenos Aires, las que tienen establecida una asistencia regular para enfermos venéreos, dándoles todas las prescripciones necesarias, equiparándolos a enfermedades comunes, y difundiendo por medio de sus boletines, instrucciones profilácticas.

Las mutualidades que no prestaran estos servicios, no deben, desde ningún punto de vista, merecer el amparo y la protección del Estado y debe retirárseles la personería jurídica.

7.° *Laboratorios y reacción de Wassermann.*

Otra de las bases para una buena profilaxis, es la precisión y exactitud en los diagnósticos, para el mejor tratamiento y rápida esterilización de los focos contagiosos.

En venereología, el laboratorio nos ofrece en este sentido grandes ventajas, conocidos los microorganismos productores de las enfermedades, lo que se complementa con las reacciones serológicas.

Simplificada la técnica con los procedimientos que acercan o alejan de los métodos primitivos, particularmente la reacción de Wassermann, al entrar en la práctica, ha caído en abusos y exageraciones por su erróneo empleo y exageradas interpretaciones.

Numerosos laboratorios, o titulados tales, han aparecido en estos últimos tiempos, algunos a cargo de distinguidos profesionales, cuya firma, puesta al pie de las reacciones, constituye una sólida garantía, pero abundan los regenteados por particulares, por farmacéuticos de barrio, por estudiantes, o

por simples particulares, resultando, en la práctica, informes contradictorios, o de un resultado inseguro o dudoso.

A esto se agrega la diversidad de métodos y la defectuosa técnica, dejada su realización a los sirvientes o titulados ayudantes de laboratorio. En estas condiciones el desprestigio de la reacción de Wassermann tiene lógicamente que ser grande, y mientras algunos se ven obligados a tenerla como medio de excepción, otros, la gran legión de charlatanes, la usan para inventar enfermos.

Su buen empleo en otros países, sirve no sólo para el diagnóstico, sino también para el contralor de tratamiento, como lo ha demostrado la excelente organización de los Institutos Profilácticos contra la Sífilis, fundados en París por Vernes, en 1816.

En Alemania, donde se ha podido comprobar las mismas fallas que entre nosotros, se llegó a tantos abusos, que el Ministro del Interior de esa república, con fecha 27 de marzo de 1920, en cumplimiento de lo resuelto por el Reichgesundheitsrat, en la reunión de 11 de julio de 1919, envió una circular a los gobiernos de los Estados Federales, estableciendo disposiciones sobre la práctica de la reacción de Wassermann: sólo podrá realizarse en laboratorios debidamente autorizados por el Estado y médicos reconocidos por su preparación, con exclusión de toda otra clase de personas; para la práctica de la reacción de Wassermann no debe emplearse más que extractos y amboceptores contraloreados por el Estado; otra clase de preparados no podrán ser autorizados.

Medidas semejantes se impone establecer entre nosotros y la creación de laboratorios oficiales, que realicen estas investigaciones, poniéndolas al alcance del público.

8.° *Ejercicio de la medicina.*

Múltiples factores intervienen en la difusión del curanderismo, el charlatanismo profesional y el comercio de drogas y específicos.

A los prejuicios e ignorancia popular, colaboran, en buena parte, médicos faltos de todo deber, sin conciencia, amorales, que en unos casos se asocian a curanderos y en otros contribuyen a encubrir delitos o a ser directamente delincuentes (abortos provocados, etc.).

Por otra parte, el mal tiene quienes lo alienta, y vemos en la prensa diaria, la de los grandes rotativos, de las grandes revistas ilustradas, que orientan a la opinión pública con edi-

toriales de profunda filosofía, que no pueden usar la palabra sífilis ni la de prostitución, y alquilan a buen precio las páginas de avisos a médicos charlatanes, a curanderos, para específicos maravillosos o para parteras que provocan abortos!

Eficaces colaboradores en todo esto son los farmacéuticos, con el descarado curanderismo que realizan, con la impunidad y la audacia basada en la ignorancia, para luego abandonar los enfermos en pésimas condiciones en los hospitales o en las clínicas particulares.

Y si todo esto no fuera suficiente, tenemos el colosal desarrollo del comercio de específicos autorizados por el Departamento Nacional de Higiene, que con sus prospectos llenos de informaciones sobre la eficacia rápida y segura de la cura radical, son adquiridos por los enfermos inexpertos: el elixir Nogueira, Radiosol vegetal, Robur Vegetal, la serie interminable de balsámicos para la blenorragia, el X 2 para la sífilis, etc.

II

MEDIDAS DE ORDEN LEGAL

1.° Aún cuando las medidas de orden legal que se refieren a reformas del Código Penal y más que todo al Código Civil, nos alejarían un poco del terreno médico en que debemos colocarnos, no podemos dejar de referirnos a ellas, siendo las enfermedades venéreas un verdadero problema social.

Debemos tratar, en lo que se refiere a las relaciones sexuales, que se regularicen dentro de la mayor libertad, pero al mismo tiempo constituyan una seguridad dentro del matrimonio, para bien de la familia y de la sociedad.

Una de las medidas primordiales a establecerse, y ya existe en la legislación norteamericana, es el certificado de salud previo al matrimonio, como medida de profilaxis, de moralidad y de bienestar para el porvenir de la familia y de la raza.

No es necesario entrar en consideraciones sobre los hechos que se comprueban a diario, las blenorragias y sífilis conyugales, el porcentaje de abortos, y la multitud de heredos que pululan, todo ello perfectamente evitable por un tratamiento y una sabia e inteligente legislación previsora.

La ley de divorcio, el derecho a la investigación de la paternidad, el igualamiento de los hijos legítimos con los ilegí-

timos, evitará muchos crímenes, moralizará las costumbres, y traerá más orden a la sociedad.

2.° *Represión de la trata de blancas y del proxenetismo.*

Constituye esto una cuestión estrechamente vinculada a la profilaxis de las enfermedades venéreas, por ser la que contribuye a fomentar y mantener el vicio.

En 1917, siendo diputado nacional, presenté un proyecto de ley al respecto, cuyo texto transcribo, y algunos de sus fundamentos, habiéndose incorporado sus puntos principales al nuevo Código Penal, que acaba de ser promulgado.

En cuanto al delito de contaminación intersexual, ha sido incorporado al nuevo Código Penal Argentino.

Artículo 1.º La persona que en cualquier forma se ocupe del tráfico de mujeres, promueva o facilite su corrupción y prostitución, con objeto de lucro, aunque mediara el consentimiento de la víctima, será castigada con tres a seis años de penitenciaría si la mujer es mayor de edad, con seis a diez años de la misma pena si la víctima es mayor de doce años y menor de veintidós, y si es menor de doce años la pena podrá extenderse hasta quince años. Esta última pena será aplicable, prescindiendo del número de años de la víctima, si mediara violencia, amenaza, abuso de autoridad o cualquier otro medio de intimidación, como también si el autor fuera ascendiente, marido, hermano o hermana, tutor o persona encargada de su educación o guarda, en cuyo caso traerá aparejada la pérdida de la patria potestad, del poder marital, de la tutela o guarda y de los derechos civiles o ciudadanía legal en su caso.

Art. 2.º El Poder Ejecutivo podrá ordenar la salida del territorio de la Nación, a todo extranjero, cuando se compruebe, por informe de la autoridad superior de la Policía, estar sindicado como traficante de mujeres, debiendo ordenarse su detención hasta el momento del embarco.

Art. 3.º El Poder Ejecutivo dispondrá lo necesario para impedir la entrada al país, a toda persona sindicada, dentro o fuera de él, del tráfico de mujeres.

El capitán de un buque que conduzca en su pasaje a personas que caigan dentro de las disposiciones del artículo 1.º y a sabiendas no haya hecho las denuncias correspondientes ante las autoridades policiales y marítimas a la llegada a un puerto de la República, será penado con una multa de mil pesos por cada persona que transporte en las condiciones indicadas, y en caso de reincidencia le será retirado al buque o empresa naviera que lo represente, los privilegios y derechos que le acuerden las leyes y ordenanzas marítimas.

Art. 4.º Los delitos calificados en la presente ley podrán ser denunciados por cualquier persona del pueblo y también perseguidos de oficio, por denuncia de cualquier sociedad reconocida por el Gobierno.

Las autoridades marítimas, policiales, municipales y judiciales, deberán prestar su auxilio cuando lo requiera la existencia del delito o para sustraer inmediatamente a la víctima de los efectos del mismo, o aprehender a los delincuentes.

Art. 5.º Las autoridades o funcionarios nacionales, provinciales o municipales que toleraran alguno de los delitos penados en la presente ley, o dejaran de cumplir sus disposiciones, incurrirán en la pena establecida en el Código Penal para los encubridores.

Art. 6.º Los artículos de la presente ley serán incorporados al Código Penal.

Art. 7.º Deróganse las disposiciones del Código Penal y de las leyes que se opongan a la presente.

Art. 8.º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Nuestra nación, que no vive como un islote perdido e ignorado en un lejano mar, sino la vida activa de los países que van a la cabeza de la civilización, en ese constante intercambio de hombres, de cosas y de ideas, no puede menos que tener las mismas nobles actividades, como también todas las taras y fallas del orden capitalista actual.

La prostitución, en todas sus múltiples y proteiformes manifestaciones, es un hecho social que no puede ocultarse, y menos negarse, pese a los pudibundos y a los hipócritas, que nos pretenden colocar en un nivel superior de moralidad.

La prostitución es, según un sociólogo, tributo impuesto a la belleza plebeya por el poder del dinero, para que las mujeres de las clases altas puedan conservar su calculada castidad.

No hemos de buscar definirla, ni hemos de aceptar calificativos arcaicos, de una parte la legítima reconocida por la ley, y por otra la clandestina, cuyos límites serían difíciles de precisar, puesto que iría desde las uniones por dinero en ciertas esferas sociales, hasta la modesta obrera que busca completar su salario miserable, arrastrándose en las penurias de esta vida.

No la hemos de considerar un delito, puesto que es un hecho que pertenece al fuero interno de cada una, sobre la que no pueden gravitar códigos ni leyes.

Mientras en el orden social existente se considere como un pecado las relaciones sexuales; mientras subsistan las trabas económicas y sociales que dificultan las uniones y el industrialismo moderno desorganice la familia; mientras el proletariado viva la vida

de miseria (1) y opresión en sus tugurios, contrastando con el lujo provocador; mientras la sociedad y los códigos no dignifiquen a la mujer, subsistirá la prostitución.

Y es en este concepto, con estas ideas, que los Gobiernos han legalizado, han reglamentado la prostitución y la han fomentado, amparando con sus ordenanzas el parasitismo que de ella vive, la innoble e infame trata de blancas.

La han convertido en noble y útil profesión, en industria lícita, en comercio legal. Y de estas víctimas colocadas al margen de la vida y del mundo, sería el caso de hacerse aquella pregunta de Balzac: "¿No deberán las leyes erigir en corporación esos Decios femeninos que se sacrifican por la república, y con su cuerpo formar una muralla para proteger a las familias honradas?"

Pese a los patriotas, a la pureza de los sentimientos nacionales que quiere ocultar nuestras vergüenzas, hay un hecho real: ¡Sud América! ¡Buenos Aires!, son nombres que en Europa se repiten en los libros, en los diarios y periódicos, cuando se ocupan del tráfico internacional de mujeres, "la trata de blancas".

La prensa periódica de Austria, Rusia, Inglaterra, denuncian frecuentemente hechos delictuosos de mujeres engañadas, de menores llevadas a América, y sigue el comentario picante, y luego... el olvido echa tierra sobre el asunto.

Los Congresos internacionales que se han venido realizando en las principales ciudades europeas, desde el de París de 1895, denuncian a nuestro país como uno de los centros de este comercio.

Jules Lenoble, en su tesis de París de 1900, "La traite de blanches et le congrès de Londres de 1899", dice: "En último análisis. abstracción de su tráfico interno de blancas, la Europa en su conjunto exporta mucho más que importa. ¿Qué se hace de toda esa

---

(1) Profesión anterior de las 511 mujeres inscriptas en 1915 en el dispensario de salubridad de Buenos Aires:

Aparadoras, 4; artistas, 24; bordadoras, 6; camareras, 1; comerciantes, 4; cigarreras, 2; costureras, 43; cocineras, 14; empleadas, 8; enfermeras, 1; floristas, 1; labradoras, 7; lavanderas, 11; mucamas, 49; modistas, 42; peinadoras, 3; peleteras, 2; planchadoras, 38; sastres, 28; sombrereras, 9; sin profesión, 198; telefonistas, 4; tejedoras, 1; zapateras, 1.

Las causales dadas fueron:

Propósito de lucro, 431; falta de recursos, 31; falta de oficio, 6; seducción y abandono, 6; para poder criar los hijos, 21; para regentear prostíbulos, 3; por placer, 13.

De estas 511 mujeres, 238 no habían ejercido la prostitución anteriormente; 275 la habían ejercido.

Si respecto a la prostitución reglamentada podemos aportar estos datos, sobre la llamada clandestina podríamos citar hechos que confirmarían nuestras afirmaciones.

Como miembro de la Comisión interparlamentaria de trabajo a domicilio, hemos podido constatar los salarios por pieza que se pagan, especialmente en los trabajos de costura, de 40 a 70 centavos diarios, datos que serán publicados en el informe que hará la Comisión próximamente aconsejando la sanción de una ley.

mercancía humana? La América del Sud, el Brasil y Buenos Aires, notablemente, constituyen maravillosos mercados.''

El sacerdote jesuíta Antonio Pavissich, en su interesante libro ''Un cáncer de la civilización'', cita datos concretos de este tráfico: ''El cuadro es todavía más negro en la América del Sud. La baronesa do Montenach habla de 2,200 criaturas envilecidas, víctimas de los traficantes, y en su mayor parte italianas, que viven hacinadas en una sola calle de la capital de la República Argentina. Tales calles son llamadas vulgarmente en Buenos Aires y en Río do Janeiro, ''calles de sangre y de lágrimas''. Más adelante agrega: ''El famoso Mochek, jefe de una banda dedicada al tráfico de mujeres polacas con Buenos Aires, celebraba todos los años una exposición a la que asistían los viajantes americanos y que acababan en orgías infernales.''

Podría hacer al respecto, numerosas transcripciones de diversos autores, con datos igualmente molestos para nuestro país, desgraciadamente muy reales, pero con lo citado basta.

Cada vapor que llega a nuestro puerto, nos trae de Europa un cierto número de mujeres para las casas de lenocinio. Las acompañan los ''souteneurs'', las reciben los proxenetas o los dueños de las casas; la Municipalidad las patentiza y autoriza, y la Policía cierra los ojos a ese mundo de infamia que entra al país, libremente, sin dificultades ni contralor. El cuadro que acompaño, con el número y nacionalidad de las mujeres inscriptas en el Dispensario de Salubridad de Buenos Aires, de 1889 a 1915, viene a confirmar completamente el tráfico internacional de blancas, amparado por la ley.

En 1908, el Presidente de la Sociedad Argentina contra la Trata de Blancas, doctor Arturo Condomi, se presentaba a la Comisión Municipal de Buenos Aires, pidiendo el mantenimiento de la ordenanza de 1904, agregando: ''Si un diario de esta ciudad anunciara que a nuestro puerto debía llegar un buque trayendo cuatro o cinco negros en condiciones de esclavos, este pueblo. que da tantas pruebas de sus sentimientos humanitarios, acudiría en masa a las dársenas para manifestar su reprobación contra los negreros y contribuir a la aprehensión y castigo de los culpables. Pues debe saberse que muchas veces llegan en esas condiciones jovencitas blancas, las que ignorando nuestro idioma, a dos mil leguas de su patria, y sin relaciones de amistad ni de familia, están completamente libradas a la codicia y maldad de sus victimarios.''

Se ha patentado, protegido con reglamentaciones, pretendiendo encauzar, ya que no es posible suprimir la prostitución, y se ha aceptado como mercancía de buena ley, este tráfico infame.

Todo un mundo turbio y miserable prospera parasitariamente alrededor de esto: los proxenetas, los ''souteneurs'', que el pueblo indica con el sello del desprecio, y que la ley y la autoridad se consideran desarmados para luchar contra ellos, o los ampara al darles personería y protección a la ''regenta''.

En su mimetismo simulan nobles profesiones, trabajos honestos, comercios respetables, y su oro corre en abundancia, ante el que se rinden ciudadanos que el concepto público considera respetables, pero que se prestan para serles sus defensores, para abrirles las puertas de las cárceles, amparados en las minucias y chicanas a que se prestan nuestros Códigos.

Un ilustrado médico y galano escritor, Francisco Sicardi, en su "Libro Extraño", pinta en pinceladas magistrales la mala vida de la ciudad, describiendo a estos tipos de la hez social.

"Aman a las rameras, se alimentan con sus prostituciones, robándoles a bofetadas los dineros de la deshonra. Forman aquí un gremio. Usan sombrero claro y blando de anchas alas, botín de charol, saco negro y pantalón ancho, a veces la flor en el ojal y prendedor de oro en la corbata. Viven de lo que ellas trabajan, estas cazadoras nocturnas, que pasan entre las penumbras de las calles, revolcándose entre las posadas de la vecindad con los incautos clientes. A la salida, ellos las esperan para arrebatarles el dinero ganado, y las empujan de nuevo en pos de otros hombres. Si lo niegan, la bofetada les ensangrienta la boca y las coces les llenan los cuartos de equimosis. Viven aterrorizadas. Esos proxenetas son asesinos vulgares y siniestros ladrones. Más te voy a decir. La ciudad está llena de lupanares. Hay mujeres que se pasan los años en la esclavitud deshonesta.

. . . .

"Caen en manos de los mercaderes. Tienen un precio distinto. En los clubs que éstos poseen en la ciudad, se rematan sus cuerpos y se transforman en moradoras de las casas obscenas, para servir de ludibrio libidinoso entre las bofetadas y el escarnio. Vendidas como esclavas, ya son cosas. Instrumentos del vil negocio, valen por lo que pueden producir, mientras que el club prospera y se enriquece con esas que poco a poco van muriendo, mordidas por todos los cuervos, los que sacian sus lubricidades y los que sacian sus avaricias, blancas osamentas arrojadas en inmunda sentina y dilaceradas en vida. Ellas pagan los anillos que los leones llevan en los dedos; el alfiler de brillante que adorna su corbata y el champaña de las orgías bulliciosas. Por otra parte, mientras tengan ellas vestidura juvenil y lozana, serán esclavas. No pueden huir, ni amar, ni arrepentirse. El terror las tiene encerradas y el desprecio de todos y el abandono las hace vivir en un inmenso desierto, sin oasis y sin aguas cristalinas. Jesús perdería aquí su tiempo. Las Magdalenas que pudiera encontrar serían las que ellos arrojarían a la calle, con la piel lívida y el cuerpo encorvado en las decrepitudes prematuras. ¡Ay de la que busque independencia! Los leones reunidos decretan su ruina. Las acosan, las ultrajan, las corrompen en todas sus formas.

¿Hay, acaso, alguna ley que los moleste? Si la hay, no se cumple. Entonces ellos siguen vendiendo y comprando esclavas, y éstas

derrumbándose de burdel en burdel, hasta que llegan, al fin, a las sucias zahurdas, a los pisos sin ladrillos, transformándose en un miserable andrajo, para los soldados, noctámbulos y borrachos.''

En la Conferencia Internacional de Policía, celebrada en esta ciudad el 11 de octubre de 1905, el delegado argentino señor Rossi, del personal de la Comisaría de Investigaciones, corrobora estos hechos. ''La contaminación se ha producido y hoy existe ya un número apreciable de sujetos malevos, cuyos medios de vida son los recursos obtenidos con la prostitución de sus concubinas, de las que se provee seduciendo, engañando jóvenes obreras, y en algún caso, a miembros de las familias con que se hallan relacionados.''

El cuadro ya citado nos ofrece la comprobación de estos hechos, con las 3,212 mujeres inscriptas, argentinas, de 1889 a 1915, a las que se podría agregar 1,507 uruguayas. Al tráfico europeo debe agregarse el intercambio con el interior y el Uruguay, traídas a las casas de esta ciudad y viceversa, a las localidades del interior, donde encontrarán autoridades y médicos más complacientes. Este tráfico parece que no ha sido una novedad. Encontramos citadas las casas de lenocinio por el padre Castañeda y sus contrarios, acusándose mutuamente de tener vinculaciones con ellas.

. . . .

Los buenos propósitos que se persiguieron con la ley 9143 no han dado en la práctica los resultados que se esperaban; de una parte, las dificultades de la prueba, y de la otra, lo fundamental, la insubordinación de la ley a las ordenanzas municipales, que reconocen al ''traficante de blancas'', la regenta, y hacen la división de prostitución patentada y prostitución clandestina.

En ''La Vanguardia'' del 22 de mayo de 1916, uno de sus redactores, José Rouco Oliva, estudiando los resultados obtenidos con la ley 9143, escribía: ''Es sabido que los sujetos entregados al comercio de mujeres proceden con todas las precauciones inherentes al peligroso tráfico, y que están asociados entre sí y defendidos por sus propias mujeres explotadas. Difícilmente éstas se atreven a sacudir el ignominioso yugo y a denunciar a su explotador. Pero, aun así, en el caso improbable de que tal ocurriera, faltaría la prueba del delito, que la justicia exige: el documento, el comprobante, el testimonio de la verdad de la acusación. En cambio, tendrá el rufián la defensa de su numeroso gremio, disfrazado por lo común en actividades honestas, comercio de muebles, de cigarrillos, de café, de corretajes.

Obran, pues, impunemente los tenebrosos, sin temor a la ley, o, como ya hemos dicho, a su amparo, pues no existiendo otro motivo para perseguirlos, la Policía los deja actuar.

Ellos no pueden ser molestados en tanto no se les acuse de infringir la ley 9143. Y si no sucede así, si a veces se les persigue y se les detiene, es porque el Jefe de Policía lo quiere,—como lo ha hecho recientemente—y al solo objeto de ser multados por infracción a la ley de juego o por cargar armas. Otra cosa no puede

La trata de blancas en la ciudad de Buenos Aires — Nacionalidad de las mujeres inscriptas en el Dispensario de Salubridad Municipal. 1889-1915 (1)

Nacionalidad	Totales	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915
Argentinas	3,212	390	135	112	108	120	86	97	89	72	70	93	91	99	118	121	144	213	265	299	102	122	160	45	41	24	28	8
Alemanas	435	155	55	44	30	10	2	11	9	5	9	5	7	8	3	5	2	2	2	5	9	7	10	9	12	5	9	2
Austro-Húngaras	1,066	218	9	26	17	16	21	37	38	30	67	29	53	47	28	21	9	20	18	33	24	35	40	17	11	8	8	6
Australianas	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belgas	117	16	5	1	—	1	3	2	2	2	—	—	—	—	—	—	1	3	1	2	2	3	14	17	17	8	8	6
Bolivianas	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasileñas	35	—	2	—	—	—	1	1	2	3	—	2	—	—	—	2	1	4	3	5	3	—	1	—	—	2	1	2
Búlgaras	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Cubanas	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chilenas	39	4	1	3	2	—	—	1	1	1	2	—	1	—	1	2	2	2	2	2	3	1	—	—	4	2	—	2
Dinamarquesas	4	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Egipcianas	11	5	3	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Españolas	1,454	130	42	27	12	19	16	15	6	7	10	10	17	14	18	17	34	32	52	86	87	83	91	111	155	126	116	121
Francesas	2,484	228	134	62	29	16	21	17	12	23	19	8	20	17	23	22	15	24	30	30	61	138	226	321	341	216	160	61
Griegas	18	5	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3	1	—	3	1
Holandesas	10	—	4	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Indias	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Inglesas	126	8	18	7	1	3	3	5	1	3	4	—	1	1	2	2	—	10	8	12	—	1	3	9	4	4	4	2
Italianas	1,765	377	145	67	40	43	31	22	17	21	21	22	25	26	18	22	40	43	45	49	69	51	76	114	116	155	43	67
Mejicanas	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marroquíes	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Montenegrinas	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norteamericanas	35	—	2	—	1	2	1	1	3	2	—	—	2	—	—	1	3	3	1	—	—	1	—	3	4	1	1	3
Paraguayas	87	24	4	1	2	2	4	2	2	2	—	2	—	—	1	—	3	1	3	4	3	3	2	3	5	—	8	6
Persas	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Peruanas	7	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Portuguesas	13	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	2	—	3	2	2
Rumanas	175	8	8	2	2	3	1	5	7	6	5	2	11	6	4	3	4	5	9	7	8	8	10	—	15	11	14	1
Rusas	3,687	205	159	48	90	101	48	99	117	62	53	72	85	70	54	62	59	159	165	256	244	240	253	277	262	327	216	73
Suecas	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Suizas	105	63	14	3	—	2	—	4	1	2	1	5	—	1	—	—	2	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	1
Turcas	87	11	5	—	1	1	1	1	1	1	—	—	2	—	2	—	—	2	2	5	2	3	6	—	11	23	6	1
Uruguayas	1,507	78	27	23	27	28	21	24	19	21	19	34	33	26	39	44	67	134	151	47	49	104	230	125	60	59	18	20

(1) En este cuadro se da la cifra de mujeres que han sido inscriptas por primera vez. El término de mujeres en las casas de tolerancia patentadas no pasa de 2,000 al año, término medio, habiendo una tendencia a su disminución, hecho que se observa igualmente en las grandes ciudades europeas que tienen el régimen de la reglamentación.

hacer la Policía, porque la ley 9143 tiene para los rufianes las consideraciones que guarda para la gente honesta toda la legislación, salvo cuando se trata de obreros, porque existen para eso las leyes de residencia y de orden social.''

Y la comprobación de que es exacto, agrega, que desde el 30 de septiembre de 1913, al 21 de diciembre de 1915, se iniciaron en esta Capital 116 procesos, con 153 autores probables, siendo sólo 14 los condenados, es decir, el 9 o|o.

Las fallas de la ley 9143, agravadas con las ordenanzas municipales sobre prostitución, han dado lugar a interpretaciones diversas. En uno de estos casos, ventilados en los tribunales, en que se acusaba a una mujer de infracción a esta ley, por tener una casa de pensión a donde concurrían mujeres que ejercían la prostitución, el Juez de Instrucción, en un auto interesante, sobreseyó provisionalmente el proceso, haciendo algunas consideraciones, de las que me permito transcribir los siguientes párrafos:

''Que el régimen de la ley 9143 pena a todos aquellos que promuevan o faciliten la prostitución, debiendo entenderse implícitamente que estas circunstancias de facilitar o promover, traigan aparejado lucro al agente activo del delito, y que ese lucro derive directamente del tráfico carnal de las mujeres con los hombres. Nuestro régimen de prostíbulo admitido, aun más, reglamentado por la Municipalidad, está organizado a base de una sociedad de hecho, por decirlo así, entre la prostituta y la dueña del lenocinio, en que la pupila entrega a la patrona el cincuenta por ciento del producto de la cohabitación con cada hombre, recibiendo, en cambio, alimento y albergue, que responde a un cincuenta por ciento que recibe la patrona; este régimen permitido, tolerado y reglamentado por las instituciones competentes, no ha caído bajo la sanción de la ley 9143 que, según la opinión del suscripto, lo prohibe expresamente. Que en el caso ''sub judice'', no puede hablarse sino de prostitución clandestina, no como delito, sino como simple infracción a las ordenanzas municipales, que sólo permiten la prostitución en casas patentadas y debidamente autorizadas...''

Una cuestión estrechamente vinculada con todo esto, es la que se refiere a las infracciones a las leyes y ordenanzas vigentes sobre moralidad, que son castigadas, sin juicio previo, por las autoridades policiales, que al respecto no constituyen una garantía ni de seriedad ni de moralidad.

Se impone la creación de tribunales especiales para que juzguen estas cuestiones con un criterio humano, y no sirvan, como hasta ahora, para hundir más en el fango del vicio a las mujeres que caen bajo sus garras.

El industrialismo, que va envolviendo a la mujer, arrancándola de su hogar, necesita ser contraloreado y a la legislación corriente del trabajo de las mujeres y de los niños debe

dársele una mayor extensión, abarcando todas las actividades en que se las ocupe y particularmente el servicio doméstico, foco donde se pervierte, en la mayoría de los casos, a las mujeres y es el primer paso hacia la prostitución.

III

MEDIDAS DE ORDEN ADMINISTRATIVO

1.° *Represión del alcoholismo.*

El alcoholismo, la prostitución y las enfermedades venéreas constituyen una trilogía constituída en el mundo entero para la obra de destrucción.

El alcohol, que deja hondas huellas de su acción en el organismo, que perturba la voluntad, haciendo perder los frenos morales, la educación, el hogar, y conduciendo a los bajos más miserables de la abyección, desempeña un papel preponderante en la vida social.

Y, en otro terreno, es el alcohol, el que en el cabaret, mala imitación de los europeos, y más que todo transplantación del prostíbulo de las campañas, en que a los acordes de un tango compadrón, prostitutas contratadas a vil precio por el rufián dueño del establecimiento, bailan con la misión de hacer consumir alcohol, luego, el botellazo, el escándalo, el calabozo, o... la enfermedad venérea.

En 1920, siendo concejal, obtuve la sanción de un impuesto a estos establecimientos de 20,000 pesos anuales, en la esperanza de que se cerrarían, pero debe ser una industria muy lucrativa cuando ellos subsisten.

Según el censo de 1914, había en la República Argentina 42,930 locales en que se expendían bebidas alcohólicas; si eliminamos a las mujeres y los menores que, en general, antes de los 14 años no toman alcohol, tendríamos que habría un local para cada 18.8 habitantes!

El ejemplo sobre la mejor forma de luchar contra el alcoholismo nos viene de Norte América, con su envidiable prohibicionismo.

¡Hay que evitar todas las circunstancias que puedan estimular el uso del alcohol, aún más, hay que matar el terrible veneno en su fuente misma, hay que prohibir el consumo del alcohol!

A los que nos hablen de intereses creados, de capitales en juego, les hemos de contestar: es preferible la ruina de dos provincias argentinas, antes que la ruina de toda la Nación.

Bien venido sea el prohibicionismo norteamericano, el que esperamos llegue pronto a estas regiones, como una esperanza de salvación para el pueblo.

Es cuestión de energía, de voluntad.

2.° *Prostitución.*

No he de ocuparme de la prostitución, ya en sí, ya que al respecto me he referido al ocuparme de la trata de blancas.

Sólo trataré la parte administrativa, a lo que ha dado en llamarse ordenanzas de moralidad o reglamentación de la prostitución, involucrando medidas de orden policial o de orden público con medidas de una pretendida profilaxis, el contralor sanitario de las mujeres.

En el trabajo a que hecho referencia, sobre trata de blancas, decíamos al respecto, trayendo algunas referencias y citas de otros países e historia, lo hecho en Buenos Aires:

No entra dentro del cuadro de estos fundamentos historiar la lucha contra los reglamentos y contra la trata de blancas, iniciada por los filántropos y moralistas, y completada con el aporte que le han llevado numerosos médicos, de indiscutible valía. Existe al respecto valiosa y nutrida bibliografía que la justifica plenamente.

En las conferencias celebradas en Bruselas, en 1899 y 1902, para estudiar la profilaxis de las enfermedades venéreas, fueron presentados documentos y estadísticas, e hicieron oir su opinión los sociólogos, los moralistas y los profesores de Dermatología y Sifilografía, de diversas universidades.

Los médicos ingleses presentaron interesantes gráficas, demostrando en forma irrefutable los beneficios del abolicionismo, el sistema inglés, haciendo reducir el número de enfermos en los hospitales, ejército y en la población civil.

El profesor de Dermatología y Sífilis de la Facultad de Medicina de París, doctor Ernesto Gaucher, el sabio clínico Landouzy y Queyrat, médico de los hospitales, condenaron la reglamentación en nombre de la higiene, y al sistema de las casas de tolerancia, que consideraban insuficiente desde el punto de vista higiénico, corruptor desde el punto de vista moral, y arbitrario desde el punto de vista legal.

Augagneur sostuvo iguales ideas, fundadas en su larga experiencia como médico y profesor de enfermedades venéreas de la Facultad de Lyon y Maire de la ciudad.

En el Congreso del 99, todos coinciden en que la reglamentación de la prostitución trae como lógico corolario la legalización de la trata de blancas.

Wyslouch, de Varsovia, combatiendo el sistema de las casas de lenocinio, decía:

"¿Qué decir de la cuestión de la moral y del orden social, en nombre de lo que Parent Duchatelet quería protegerlos y multipli-

carlos? No entro a discutir esta cuestión, pero las casas de tolerancia, ¿no son las principales compradoras de carne humana? ¿Cómo el Estado puede oponerse eficazmente a la trata de blancas, si al mismo tiempo mantiene, protege o, por lo menos, tolera los lupanares? Una verdadera rebelión del populacho contra las casas de tolerancia se ha producido en el mes de julio último en Riga, donde todas estas casas fueron en algunas horas, con un furor increíble, totalmente destruídas por la clase obrera de la ciudad''.

Hirsch, de París, manifestó: ''En la reglamentación el ejemplo parte de arriba. Es el Estado que da la lección de las cosas, el Estado que representa la moral, la justicia, y que se hace proxeneta, que provoca al desorden o, por lo menos, lo consagra con su sello. La repercusión se hace sentir por todas partes y bien pronto produce una depresión moral general. Todos los apetitos entran en juego y es necesario a toda costa el material. Seréis desbordados por todas partes y arrastrados por la corriente. Sea lo que penséis, no puede hacerse higiene sin preocuparse de la moral. No se trata de una mujer caída, sino una mujer como vosotros lo entendéis, bestia de carga.

En cuanto a nosotros, abolicionistas, quedamos de pie, irreductibles, porque somos hombres de principios y no empíricos, o, por lo menos, si esta palabra os molesta, aunque a mi modo de ver nada de incorrecto encierra contra vosotros, que respeto profundamente, no somos hombres de miras estrechas. Vosotros nos oiréis arrojar sin cesar nuestra ''¡Delenda, Cartago!'', a la obra reglamentarista, que es inicua en derecho e ineficaz en el hecho.''

El doctor Pouchkine, de Varsovia, reconoce que ''en el prostíbulo, la trata de blancas constituye una escuela práctica en que las proxenetas futuras adquieren la experiencia del oficio. Las mujeres que han pasado un tiempo más o menos largo en estas casas, aportan a la sociedad en que entran, un elemento pernicioso en alto grado.''

Yourievitch, de Rusia: ''Puedo decir que la casa de prostitución es la causa principal de la trata de blancas.

''Junto con la casa, bajo su tutela, existe toda una administración, cuyos agentes son enviados a las ciudades pequeñas, a las aldeas para reclutar la mercancía humana. Todos los medios son buenos. Recurren al fraude, a la seducción, a las palabras insinuantes, a veces a la violencia y aún al crimen, para guardar a esas pobres víctimas entre sus manos.

''Es por el terror de la prisión y delación que las retienen en el desorden. Es necesario hacer la casa de tolerancia atrayente. Es por el vino, que se llega a un libertinaje tan grosero como refinado. Me diréis que se pueden suprimir sus atracciones, os responderé que no, porque éstas son las consecuencias inseparables de un sistema basado sobre la inmoralidad, sobre el comercio patentado de la carne humana.''

Schmolder, miembro del Superior Tribunal de Ham (Westphalia), considera la reglamentación ''ineficaz, inmoral, anticristiana''.

Tommasoli, ilustrado médico de Palermo (Italia), admitiendo

ciertas reglamentaciones, en lo que se refiere a la asistencia de enfermos venéreos, hace estas afirmaciones: "Volviendo a la turbia figura jurídica de la prostituta patentada, de la prostituta legalmente reconocida como prostituta, se ha puesto al servicio del público, como si se tratara de un servicio jurídicamente sistematizado, un ejército de personas oficialmente organizado y que hacen legalmente un oficio infame."

Schrank, de Viena, sostuvo idénticas ideas: "Para el proxeneta, la mujer es una mercancía que se vende y se compra y se convierte en una esclava. Sin comercio de mujeres no hay burdel. Y este comercio no tiene sólo por objeto prostituirlas; jóvenes muy morales y perfectamente inocentes, son atraídas al burdel por ellos, y se pierden más o menos pronto. Como acabo de decirlo, el comercio de mujeres está estrechamente ligado a la institución de las casas de lenocinio, y no se puede hacer cesar este escándalo internacional más que suprimiendo los burdeles."

Charles Gide, ilustrado economista francés, ha sostenido las siguientes ideas:

"Mi opinión es que todo establecimiento de este género debe ser prohibido, o el hecho de abrir uno debe ser calificado de delito.

Comprendo bien que se dice que no hay en eso más que un acto de libertad comercial: la mujer tiene el derecho de vender el uso de su cuerpo y el hombre de comprarlo. Lo admito. Pero sería necesario, por lo menos, que en este vergonzoso mercado, la libertad de los dos contratantes fuese igual, lo que no lo es. El hombre es libre de no entrar en la casa; la mujer, en general, no es libre de salir. En todo caso, uno de los dos puede elegir; el otro no.

Por otra parte, si admito que una mujer puede venderse para ganar dinero, no admito que un tercero pueda vender mujeres y sus caricias para sacar provecho. Si la venta de fotografías obscenas (que no son generalmente más que reproducciones de escenas de lupanares), es calificada de delito por nuestras leyes y castigada como tal, es extraordinario que la venta de los originales pueda constituir un comercio legal y patentado."

Luis Fiaux, cuyos luminosos estudios han prestado valiosa contribución a la solución de estos problemas, dice en uno de sus libros: "La prostitución de las mujeres está íntimamente ligada a un doble fenómeno social, cuya universalidad no es una de las características menos notables; por donde el moralista y el hombre público dirija la mirada, ve extenderse el proxenetismo, y en los países donde existe una policía de costumbres, el proxenetismo afecta un carácter oficial, mal velado bajo el nombre de tolerancia."

Por último, cerrando esta larga serie de citas, debemos traer la autorizada opinión de un ilustrado jurisconsulto argentino, y profesor de "derecho administrativo", el doctor Lucio López, que en sus lecciones sostiene las siguientes ideas:

"¿El ejercicio de la prostitución es una industria? Algunos han sostenido que sí; sin embargo, puede afirmarse que no; porque si lo fuera, figuraría como tal en los libros de economía política y por-

que "vicio" e "industria" son dos cosas que se repelen, como "crimen" y "trabajo". La mujer que se entrega a la prostitución, y la persona de cualquier sexo, que lucra con ella, no ejerce una industria, sino que saca provecho de un vicio antisocial y secreto.

"No obstante, los defensores de los "rufianes", han sostenido que es una industria, pero un Asesor Municipal bastante inteligente demostró en una memoria, célebre por cierto, que en eso no hay tal industria, porque las industrias se constituyen y se ejercen por el trabajo "inteligente" del hombre, mientras que faltando en la prostitución el elemento industrial, de ahí viene que la industria "asocia" el trabajador con la sociedad, mientras que la prostitución la repele como una inmoralidad.

. . . .

"El mayor inconveniente que la acción moralizadora administrativa encuentra en estas materias, es la forma o manera subrepticia con que se oculta este tráfico infame. Sin determinar procedencias, aparece, sin embargo, algo que no sería difícil comprobar en algunos consulados y legaciones, en donde un 35 ojo de los asientos contienen o revelan hechos más o menos relacionados con la prostitución importada; tráfico infame, repetimos, que explota las miserias en las ciudades populosas, o de la campaña de dura labor y exiguo provecho. Se establece este tráfico infame, explotando y engañando jóvenes desgraciadas o privadas de equilibrio moral o desesperadas que se echan en brazos del azar y que admiten cualquier recurso, por inmoral que sea, para tener medios de subsistencia."

En este mismo trabajo, historió la reglamentación en la República Argentina.

Rosas, y más tarde Alsina, pretenden poner un freno a la inmoralidad, haciendo deportaciones de mujeres al Sur.

Un viajero, Cunningham Graham, nos describe el Buenos Aires del año 70, haciendo un recuerdo de este comercio:

"Ninguna pintura del Buenos Aires de esos días, estaría completa sin una ojeada de soslayo a los templos de aquella diosa Nelena, que surgió de la espuma del mar, según los griegos, pero que según la iglesia cristiana tuvo su origen en el fango. ¿Quién podrá fallar entre los dos conceptos?

"Seguramente pocas ciudades habría mejor surtidas de materia prima, que aquella ciudad de los aires buenos. Los transatlánticos traían húngaras por docenas en cada viaje, y las demás naciones europeas no andaban a la zaga en esta labor de pacífica penetración de las ideas. A aquellas ventanas de la gran casa amueblada de la calle 25 de Mayo, se asomaban españolas, griegas, italianas, francesas, inglesas, mulatas (con su...), judías, argelinas y muchachas del Paraguay."

En 1874, la prédica de los diarios, las tesis de algunos médicos imbuídos de las ideas reglamentaristas de Francia, propiciaron una ordenanza de la prostitución, a la que se recibió con cierta resistencia.

Consultado al respecto el Consejo de Higiene Pública, informó dictaminando al respecto el Presidente, doctor Luis M. Drago: "Ellos (los proyectos), señor Presidente, son flanqueables por su base, hablo de su parte fundamental, pues se proponen establecer reglamentos sobre la prostitución, descansando sobre el impuesto municipal, representado por patentes, por visitas de sanidad pagadas por las mismas prostitutas, y por las visitas verificadas en las mismas casas de prostitución, a lo que no puede prestarse ningún médico que tenga conciencia de la noble profesión que desempeña, además de no ser estas visitas suficiente garantía del primordial objeto que se proponen.

"Hay algo más grave en alguno de los reglamentos y es la intervención de la autoridad municipal o médica en el inmundo lodo de sus "aranceles" internos; llevando la aberración moral hasta el extremo de exigir el permiso de los padres de las mujeres menores de edad o de los maridos de las mujeres extraviadas, para formar el contingente de tan infame como degradante vicio.

"Esto, señor Presidente, revela los sentimientos naturales del corazón humano, porque sólo un refinado grado de perversidad puede aceptar la idea de que un padre o un marido autorice la perdición de sus hijas, o de su esposa. Estas breves observaciones y que naturalmente se desprenden de la simple lectura de esos reglamentos, alcanzables para el hombre menos avezado a raciocinar, pero que conserve un átomo de moral en su alma, son la condenación más flagrante de los reglamentos en discusión, porque es preciso no perder de vista que no se trata de una industria, ni oficio lícito, sino de un vicio degradante, que si es verdad que no puede extirparse, la sociedad tiene desgraciadamente que tolerar."

A pesar de las críticas, el 5 de enero de 1875 la ordenanza fué sancionada.

El doctor Benjamín Dupont, en un estudio aparecido el mismo año, pretendía se aumentaran las medidas de rigor y denunciaba los traficantes y casas de corrupción, contra los que la Policía no había querido proceder.

Culmina la herejía que encerraba la ordenanza, legalizando las "gerentas o regentas", con la actitud de las Cámaras de la Provincia de Buenos Aires, (1) que al dictar las leyes de patentes para 1879, gravaba con una patente de 15.000 pesos anuales a las casas de lenocinio! Se volvía a aquella época célebre del papado, en que Sixto IV cobraba todos los años veinte mil ducados, como ganancias que le producía una sola casa de lenocinio que él mismo había mandado construir.

Y debemos agregar que la reglamentación de la prostitución ha

---

(1) Las casas de lenocinio patentadas de 1892-1914 se refieren a las circunscripciones 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20 y las correspondientes a 1915 comprenden a todo el municipio.

sido y es para la Municipalidad una fuente regular de recursos, como lo comprueba el cuadro siguiente, aunque incompleto:

La trata de blancas como fuente de recursos municipales en la ciudad de Buenos Aires

Número de casas de lenocinio. Patentes percibidas y derechos cobrados por inspección de mujeres:

Año	Casas de lenocinio	Producido por patentes	Producido por inspec. de mujeres
1889-1891 . .	(no hay datos)	(no hay datos)	195,206.50
1892	132	39,600	66,738.—
1893	94	28,200	67,662.—
1894	86	25,800	63,826.—
1895	143	42,900	55,348.—
1896	140	42,000	55,000.—
1897	142	42,600	60,000.—
1898	113	30,600	65,000.—
1899	145	57,700	49,474.80
1900	155	56,200	104,062.—
1901	135	48,950	98,622.—
1902	143	60,900	91,918.—
1903	133	60,600	80,132.—
1904	108	39,600	1,350.—
1905	116	43,000	1,720.—
1906	133	50,000	1,835.—
1907	96	38,800	1,280.—
1908	176	78,800	1,645.—
1909	153	80,400	1,970.—
1910	172	81,400	3,485.—
1911	175	80,400	7,000.—
1912	177	117,600	22,216.—
1913	182	123,300	21,158.—
1914	185	140,550	8,008.—
1915	197	134,900	—
		$ 1,466,750	$ 1.085,606.30

La ordenanza del 5 de enero de 1875, sancionaba de hecho la trata de blancas como institución legal, al disponer en su artículo 4.º que: "cualquiera que regentee una casa de prostitución, que actualmente existen en la ciudad, deberá presentar antes de los quince días siguientes de la sanción de esta ordenanza, una solicitud ante el Secretario de la Municipalidad, en la cual se exprese el número de la casa que ocupan, el número de prostitutas que tengan a su cargo..."; por el artículo 13 se establecía: "la gerenta de una casa de prostitución deberá llevar un libro en el cual se inscribirán las prostitutas bajo su vigilancia y responsabilidad, según

el modelo que se les pasará; este libro será inspeccionado por orden de la Municipalidad, siempre que lo crea conveniente'', y en el artículo 15 se estudia: ''Las obligaciones recíprocas entre las gerentes de las casas de prostitución y las prostitutas serán las que entre sí acordaren, pero estas últimas serán bien tratadas.''

Contra esta ordenanza, las justas protestas de los vecinos se concretaron más tarde, y un grupo de ellos, se presentó ante la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, sosteniendo la inconstitucionalidad.

El miembro de la Corte, doctor Sabiniano Kier, en el fallo de 1.° de diciembre de 1881, fundó su voto, al que adhirieron los demás miembros, en contra de lo solicitado. Sus preocupaciones constitucionales y morales se salvaron con los siguientes argumentos: ''Basta que el alejamiento del templo, del teatro y de la escuela, propenda a la conservación de la moral, o de la educación y de la higiene, en los lugares en que es más esencialmente requerida, basta con esa prescripción para que no se arrebate ni menoscabe, la propiedad de los vecinos, para que la ordenanza no pueda tacharse de atentatoria contra las garantías constitucionales consagradas en los artículos 17 y 28 de la Constitución nacional y provincial.

Los resultados de la ordenanza comprueban mis afirmaciones. En la Memoria del Presidente de la Comisión Municipal correspondiente al año 1878, señor José P. de Guerrico, se encuentra un cuadro con la dirección de las casas de tolerancia, los nombres de las proxenetas y el de los médicos que eran costeados por estas casas.

A través de este catálogo infame, se comprueba el tráfico internacional de mujeres. En las 40 casas anotadas, había 202 mujeres, cuya nacionalidad era la siguiente:

Argentinas 88, italianas 14, alemanas 10, francesas 18, españolas 22, orientales 9, polacas 5, paraguayas 4, rusas 4, belgas 1, valacas 1, húngaras 2, servias 3.

¡Cuarenta y dos años que venimos pisoteando la Constitución, en nombre de la moral y de la higiene!

Hemos hecho letra muerta del artículo 15: ''En la Nación Argentina no hay esclavos''. Los pocos que hoy existen quedan libres desde la jura de esta Constitución; y una ley especial reglará las indemnizaciones a que dé lugar esta declaración. ''Todo contrato de compra y venta de personas es un crimen'', del que serán responsables los que lo celebrasen y el escribano o funcionario que lo autorice. Y los esclavos que de cualquier modo se introduzcan, quedan libres por el solo hecho de pisar el territorio de la República.''

¿Qué resultado hemos obtenido en este largo período? ¿Se han mejorado las costumbres? ¿Han disminuído las enfermedades venéreas, último pretexto con que se quiere encubrir y justificar la reglamentación?

Lejos de esto, el mal se ha agravado, con todas sus consecuencias desastrosas.

Hemos sostenido siempre lo funesto del sistema reglamentarista

para la moral y la salud, y la casa de lenocinio patentada, donde se corrompe y se enferma a la juventud. Nuestra condición de médico nos ha permitido corroborar estas afirmaciones. Como médico agregado de la Clínica Dermatológica del Hospital San Roque, que dirige el doctor Baldomero Sommer, hace varios años hemos comprobado en una estadística cuidadosamente llevada, que el 75 o|o de los enfermos eran contagiados en casas de lenocinio contraloreadas y patentadas con el sello oficial. Y en una comunicación a la Sociedad de Higiene en 1913, decíamos: "¡Cuánta víctima de la garantía oficial! Es el caso de preguntarse si no ha llegado el momento de proclamar la bancarrota de la reglamentación."

El doctor Telémaco Susini, académico de la Facultad de Medicina, es el que inició la reforma de las ordenanzas, preparando el terreno a medidas radicales, convencido, como médico e higienista, de la ineficacia de ellas.

Se suprimió el hospital-cárcel en que se encerraba a las mujeres enfermas, dignificándolas y facilitando su entrada y asistencia como enfermas comunes en los hospitales generales; suprimió el barrio tenebroso, autorizando sólo las casas de dos mujeres libres sin regentas, radiando por completo el tráfico legalizado, y dispuso la gratuidad del contralor sanitario.

En un estudio interesante al respecto, este distinguido médico decía:

"Toda reforma en este sentido, tendrá que vencer esta oposición tan poderosa de las sentencias del pasado y que constituyen la muralla en que se defienden todos los intereses más o menos ilegítimos y hasta los despreciables, de los traficantes directos e indirectos de la prostitución, de todos los que de ella benefician y que aparecen ante el público como los defensores de los intereses sociales, de la profilaxis y de la moral. La existencia de las casas de prostitución en nuestro país, es una vergüenza que podemos hacer desaparecer; sostenidas en su mayor parte, grandes y pequeñas, por rufianes extranjeros, habitadas por mujeres esclavas, adquiridas en tratas especiales, regenteadas igualmente por extranjeras, socias y víctimas de los rufianes, importan una ofensa pública a la moral, porque son una escuela de degradación y libertinaje y un mercado de esclavas sostenido y amparado por las ordenanzas municipales, que dan derechos reales a los amos e ilusorios a las víctimas, que no tienen más perspectiva que las persecuciones de una policía sin garantía y la cárcel llamada sifilicomio, para el caso de una enfermedad. La mujer que por tantas causas de que a menudo es víctima, cae en la prostitución, se degrada más fácilmente cuando vive en una casa de tolerancia; la mujer libre, que aislada temporariamente ejerce la prostitución, se mantiene en un estado de moralidad bien superior y más fácilmente puede convertirse en un elemento útil a la sociedad. He demostrado ya, y estoy provisto de datos minuciosos que lo prueban, que las casas de prostitución, lejos de ser una salvaguardia para la salud pública, son, por el contrario, el

sitio donde se adquieren más fácilmente las enfermedades venéreas.''

Las autoridades sanitarias reconocen en parte los hechos, y a la citada opinión del doctor Susini, podría agregarse, entre otras, la del ex Director de la Asistencia Pública, doctor Revilla, la del ex Inspector General de la Municipalidad, señor Capdevila, y la del mismo Director del Dispensario de Salubridad, que en un informe de hace varios años decía que ''el resultado obtenido no era de felicitarse''.

Cuando en la sesión del 17 de septiembre de 1913, se discutía en esta Cámara la ley 9143, el diputado socialista, doctor Nicolás Repetto, reclamaba la supresión de todas aquellas cláusulas del proyecto en que se daba personería a los proxenetas, y adujo atinadas observaciones sobre la ineficacia de la reglamentación. Decía:

''Yo estoy en condiciones, como está todo médico, de afirmar de una manera categórica, que la reglamentación higiénica de la prostitución es una ilusión, y es una ilusión criminal, porque infunde en la juventud una confianza absoluta en la eficacia de esa reglamentación; eficacia que en el fondo no existe. La juventud, fundada en la existencia de esa reglamentación higiénica, concurre ciegamente a esas casas, sin preocupación alguna, y es allí donde adquiere las infecciones más graves. Y ningún médico puede sostener honradamente que la reglamentación de la prostitución pueda evitar en lo más mínimo la difusión de las enfermedades venéreas. Este es un asunto liquidado, definitivamente resuelto.''

El doctor Muschietti, en su tesis, que aporta sólida y documentada argumentación en contra de este sistema, dice en uno de los capítulos:

''La ciencia médica, llamada a velar por el bienestar físico de la nación, tiene derecho y está en el deber de denunciar estas pantomimas de pseudohigiene, gestionando de los Poderes Públicos, por todos los medios a su alcance, la abolición absoluta de los anacrónicos reglamentos de esa ficción social que se llama prostitución, la que conseguida, aventajaría a muchas naciones que se dicen progresistas, señalándose como modelos, aunque sus ejemplos, por lo visto, no sean siempre imitables, porque acusan en este caso, profunda decadencia de su organización social.''

Respecto a la reglamentación en el interior, decíamos:

El doctor Adolfo Muschietti, en su interesante tesis nos dice: ''La concesión para abrir prostíbulos responde en muchísimos casos a una inconfesable conveniencia personal de las autoridades que los autorizan, y que sólo ven en ella una fuente abundosa—poco importa si nauseabunda—de recursos. Es lo que ya hemos clasificado en otro momento con el sugestivo epígrafe de ''proxenetismo de los Poderes Públicos''. Por supuesto que no es esa una novedad, lo saben cuantos conocen el ambiente de nuestra campaña y las malas

mañas de sus autoridades, producto frecuente de una baja politiquería; y esto sea dicho sin desconocer las excepciones muy honrosas a las que no aluden nuestras palabras. Bien puede generalizarse respecto a la forma cómo se efectúan las vergonzosas transacciones de la referencia, porque es un hecho desgraciadamente común, el contubernio de las autoridades con los rufianes en la explotación concorde de un burdel. Cuando un pueblo adquiere cierta importancia, no escapa al ojo siempre avizor del proxenetismo el momento oportuno para tentar el lucrativo y seguro negocio de una casa de tolerancia.''

Debo hacer particular excepción con el Municipio de Avellaneda, el que desde años atrás, siguiendo el ejemplo de la Municipalidad de la Capital, había tolerado esas vergonzosas casas de lenocinio; pero reaccionando sobre estos hechos del pasado, y quebrando con los convencionalismos corrientes, ha dictado una ordenanza moralizadora que debería ser tomada como ejemplo por todas las autoridades comunales de la República.

En esta ordenanza se dispone que desde el 1.º de enero de 1917, queda absolutamente prohibido el funcionamiento de las casas de prostitución en todo el perímetro del partido. ''Las casas de tolerancia existentes deberán quedar definitivamente clausuradas el 31 de diciembre de 1916 (del año actual), a las 12 de la noche.''

La ordenanza de Buenos Aires fué imitada por los centros urbanos del interior, extendiéndose las casas de lenocinio hasta los pueblos más pequeños.

La Municipalidad de La Plata sanciona una ordenanza semejante, el 9 de octubre de 1884.

La del Rosario, en mayo de 1888, en cuyo artículo 1.º dispone: ''Para el establecimiento de una casa de tolerancia el gerente o directora elevará una solicitud a la Intendencia, enumerando la calle y número, con una nómina de las prostitutas a su cargo...''

La de la ciudad de Tucumán, de 30 de octubre de 1890, establece que las casas de tolerancia, a los efectos de las ordenanzas sobre higiene y seguridad, serán consideradas como casas de inquilinato... que sólo podrán ser regenteadas por mujeres de más de treinta y cinco años, y por el artículo 1.º ''toda prostituta tiene derecho a exigir a la gerente el trato más cumplido...''

La católica Córdoba, en su reglamentación del 3 de octubre de 1883 admite prostitutas patentadas desde quince años y habla de encargados de casas de prostitución.

Por último, cada Municipio ha hecho de la reglamentación de la prostitución, una fuente de recursos, encubierto con la etiqueta de la higiene y la moralidad; los médicos han tenido con ella pingües honorarios, y el pueblo las seguridades de encontrar su mejor manantial de vicios y de enfermedades: la sala de baile, la taberna, el club social, la ''Maison Tellier'' criolla, cuyos proxenetas en el derecho que les asiste por las patentes que pagan y las coimas que

distribuyen, tratan de igual a igual a las autoridades comunales y policiales, quienes las rodean de todas las seguridades legales.

Consecuentes con estas ideas, que son las de la Federación Abolicionista Internacional, presenté en el Concejo Deliberante de Buenos Aires en 1919, el siguiente proyecto de ordenanza:

Artículo 1.º Deróganse las ordenanzas vigentes sobre prostitución.

Art. 2.º El D. E. creará diez dispensarios nocturnos extrahospitalarios, para la asistencia y tratamiento de los enfermos venéreos y la educación profiláctica del pueblo. El Dispensario de Salubridad será suprimido y su personal médico puesto al frente de los dispensarios a crearse.

Art. 3.º Toda persona, sea indigente o no, que esté atacada de una afección venérea, será asistida gratuitamente (médico, medicamentos, curaciones, hospitalización, etc.), a su simple presentación a un hospital o consultorio que dependa de la Municipalidad de la Capital.

Por su parte, el Intendente Municipal, doctor Joaquín Llambías, presentaba otro, modificando la ordenanza vigente, en el que se perseguía el propósito de hacer desaparecer el prostíbulo, pero conservando el erróneo fundamento de la reglamentación y el pretendido contralor sanitario.

En la extensa exposición que hice, sostuve como conclusiones las siguientes, combatiendo el proyecto del Intendente:

Primero: La ordenanza vigente o el proyecto del D. E. reglamentando la prostitución, no castiga el libertinaje, sino que lo ampara.

Segundo: Establece dos morales distintas para cada sexo y dos morales para cada barrio, uno de la calle Callao para el centro y otro para afuera, o una moral para cada cuadra. Si malo es el prostíbulo de quince mujeres, no menos malo es el de dos, atentando, uno y otro, a la tranquilidad de los vecinos al imponerles vecindades molestas y desagradables, contra las que no podrán defenderse.

Tercero: La reglamentación de los prostíbulos es la causa principal de la trata de blancas, la degeneración del hombre y, con ella, la esclavitud de la mujer.

Cuarto: El prostíbulo es la escuela del vicio y del proxenetismo y la causa principal de la difusión de las enfermedades venéreas. Considerando la organización administrativa de la prostitución como una injusticia social, una monstruosidad moral y un crimen jurídi-

co, y al establecer fórmulas nuevas de acción hago mías las palabras de Luis Fiaux, al estudiar el proyecto de la Comisión francesa extraparlamentaria de costumbres: "En lugar de un sistema que crea la anarquía intersexual, que organiza la libertad de contagio contra las mujeres, en beneficio de los hombres y de las mujeres libertadas de todo escrúpulo, después de las formalidades legales, frente a los hombres; ha instituído el único sistema racional posible; este sistema es el de la verdadera libertad efectiva, basada en la responsabilidad encuadrada en una organización médica y en las normas del derecho común."

Triunfante mi proyecto, el Intendente anunció que vetaría la ordenanza, y es así cómo, no contándose con dos tercios de votos para una insistencia, fué votado, con algunas modificaciones, el proyecto del doctor Llambías, que, sustancialmente malo, por lo menos constituye una mejora sobre el sistema que regía, haciendo desaparecer el prostíbulo de quince mujeres con todas sus consecuencias.

El texto de la ordenanza promulgada es el siguiente:

Artículo 1.º La Intendencia Municipal establecerá la vigilancia médica indispensable para realizar la profilaxis de enfermedades en todas aquellas mujeres que ejerzan la prostitución.

Art. 2.º Las mujeres mayores de 22 años, deberán inscribirse en el registro respectivo, como único requisito para ejercer su comercio, pudiendo alojarse en casas independientes, con excepción de las denominadas "departamentos, vecindad, conventillos, etc.", y a razón de una casa por cuadra. No deberán tener servidumbre de vista con las propiedades vecinas, no podrán vivir en éstas más de una mujer, ni concurrir a ellas mujeres de otras partes y el servicio doméstico deberán desempeñarlo mujeres de más de 45 años.

Art. 3.º Las casas habitadas por las mujeres a que se refiere el artículo anterior, no tendrán signo alguno exterior que denuncie la ocupación de sus habitantes.

Art. 4.º Para obtener su eliminación del registro, bastará la simple solicitud que a tal efecto formule la interesada.

Art. 5.º La Intendencia Municipal impedirá el ejercicio de la prostitución a toda mujer que no esté inscripta o contraloreada, procediendo al desalojo de la casa en que se ejerciera, comprobado detenidamente el hecho por la Inspección General y el Dispensario de Salubridad, y si el dueño o inquilino principal encubriera o amparara a los contraventores, incurrirá en una multa de $ 500 m|n, o en su defecto un mes de arresto.

Art. 6.º Toda incitación al libertinaje, entendiendo por tal lo que se traduzca por palabras, gestos o acciones notoriamente a ello dirigidas, cometidas en la vía pública, será inmediatamente reprimido incitándose a tal fin el celo de la policía.

Art. 7.° Los que infrinjan esta ordenanza y su reglamentación respectiva, serán penados con multa de $ 50 a $ 100, o con la clausura temporal o definitiva del local, o con una y otra conjuntamente.

Art. 8.° La Intendencia Municipal vigilará a las mujeres enfermas, dándoles gratuitamente su asistencia.

Art. 9.° El D. E. reglamentará la presente ordenanza.

Art. 10. Quedan derogadas todas las disposiciones que se opongan al cumplimiento de la presente ordenanza.

Disposición transitoria

Artículo 11. Las casas de prostitución existentes serán clausuradas el 31 de diciembre de 1919.

Art. 12. Comuníquese, etc.

3.° *La pornografía.*

Una ola inmensa de lodo parece quisiera invadir todo, ahogando nobles sentimientos, virtudes; una literatura malsana corroe, estimulando las formaciones sociales, la mala curiosidad, con revistas burdamente escritas, con láminas repugnantes, a título de arte, de realismo.

El teatro, el cinematógrafo, no encuentran otros temas sociales que la prostitución, el delito, las tabernas, el adulterio.

El comercio de libros es grande y si bien es difícil señalar límites precisos entre lo noble y lo bueno, entre las magistrales obras de un Zola o las elucubraciones pornográficas de una teología moral, destinada a combatir el pecado, puede hacerse mucho, con un contralor discreto, y con una abierta y franca persecución de todo lo malo, que a carradas puede eliminarse sin inconveniente alguno.

4.° *Regeneración de las mujeres.*

Hemos hablado de que la reglamentación favorece la trata de blancas, y la mujer caída en este comercio, difícil es desligarla de sus garras.

Carecemos de instituciones que amparen y protejan a la mujer, o, por los menos, a aquellas que quieren modificarse en su conducta.

Los asilos del Buen Pastor, los Juzgados de Menores, las cárceles, contribuyen a corromper más, lejos de ser centros de regeneración.

Con motivo de la aplicación de la nueva ordenanza de prostitución, se planteó en el Concejo Deliberante, qué me-

didas se tomarían para recoger a las mujeres que quedarían desalojadas.

Al respecto, redacté un proyecto, que fué sancionado sin observación, aún cuando no se le haya llevado a la práctica. Su texto es el siguiente:

Artículo 1.º El Departamento Ejecutivo tomará las medidas para que las mujeres inscriptas en el Dispensario de Salubridad, que soliciten el amparo de las autoridades municipales manifestando el deseo de volver a una vida regular, les sea prestada la protección necesaria.

Art. 2.º A los fines del artículo anterior, el Departamento Ejecutivo tomará las siguientes medidas:

a) La Asistencia Pública habilitará en los establecimientos de su dependencia el número suficiente de camas, y si éstas no bastaran, se crearán refugios-hogares en alguno de los edificios de propiedad de la comuna, los que no podrán ser entregados para su dirección y administración a instituciones privadas.

b) Recabará la cooperación de los Ministros extranjeros acreditados ante nuestro Gobierno, a fin de que amparen y faciliten el regreso a sus respectivos países a las mujeres que así lo deseen.

c) De acuerdo con el Departamento del Trabajo y de las autoridades de provincias, se buscará darles colocación honesta, de preferencia en trabajos de la campaña, en familias que ofrezcan garantías de moralidad y se comprometan a tomarlas a su cuidado.

Art. 3.º Créase una Comisión encargada de asesorar y cooperar en la gestión del Departamento Ejecutivo para el mejor cumplimiento de la ordenanza, la que estará formada por el Jefe de la Oficina de Colocaciones del Departamento Nacional de Trabajo y los representantes de la Asociación Argentina contra la Trata de Blancas, la Sección Argentina de la National Vigilance Association, el Ejército de Salvación y de la Asociación para la protección de las mujeres y niños israelitas.

Art. 4.º El Dispensario de Salubridad entregará a cada una de las mujeres inscriptas un ejemplar de la ordenanza, debiendo ser precedida de una exhortación invitándolas a acogerse a sus beneficios.

Art. 5.º Los gastos que exija el cumplimiento de la presente ordenanza, se imputarán a la partida de ordenanzas especiales.

Art. 6.º Publíquese, etc.

IV

PARTE EDUCATIVA

1.° *Educación sexual.*

Este importante punto de la pedagogía encuentra aún gran resistencia, confundiéndolo y desvirtuándolo una parte con la enseñanza de la profilaxis individual y de otra, con la simple educación de las ciencias biológicas. Ella debe entrar en los programas de la escuela primaria, progresivamente establecida, hasta en los cursos universitarios e institutos superiores. Hay que arrancar la venda de hipocresía social, con la que se oculta todo lo que furtivamente aprenden los niños, para caer más tarde en los vicios corrientes.

Es cuestión de discreción, de seriedad, de competencia de los educadores, para lo que no puede improvisarse.

2.° *Divulgación de los conocimientos de Higiene, Educación Física, Cultura Popular.*

En medio de la atmósfera sofocante de las ciudades, y de los prejuicios corrientes, han de ser de gran utilidad para orientar a una vida higiénica estas medidas.

No creo mayormente en la bondad profiláctica de los llamados medios individuales, para los civiles.

Sólo pueden ser muy relativos, y hasta podría decir, lo mismo que sostengo respecto a la reglamentación de la prostitución, que favorecen el vicio, con la aparente seguridad que promete, para defenderse de las enfermedades venéreas.

Busquemos otras cosas mejores a nuestra juventud.

Orientémosla a los juegos sanos, a los deportes, en los que, a pesar de su difusión, hay todavía muchas cosas que hacer y mejorar.

Esta es la obra que realiza el doctor Romero Brest con su Instituto Superior de Educación Física, en donde se forman los profesores para las escuelas primarias.

Está la Asociación Cristiana de Jóvenes, con su interesante Departamento de Educación Física, en los que tratan también de inculcarles principios morales.

Es con esta educación física, con la práctica de los deportes, que los americanos pudieron hacer el gigantesco esfuerzo de colaboración en la reciente guerra.

Por último, hay que difundir los centros de cultura po-

pular, las bibliotecas, como la Sociedad Luz, que presido, y otras, donde hemos difundido conocimientos de higiene sexual, sobre el peligro venéreo, utilizando proyecciones luminosas y cintas cinematográficas, como "¿Dónde están mis hijos?", "¡Padre, cuidad vuestros hijos!", "Abra los ojos", y hemos publicado el drama de Brieux "Los Averiados".

Hemos de insistir, también, sobre lo hecho en la Asociación Cristiana de Jóvenes, en donde, igualmente, hemos dado conferencias y difundido libros muy recomendables para nuestra juventud, como el de Wegener, "Nosotros los jóvenes", del que se ha hecho una edición, y la cartilla de moral de Franklin.

Es necesario arrancar al pueblo del error en que está de lo del mal necesario, de la necesidad de la prostituta y de las relaciones sexuales extramatrimoniales.

Hay que ennoblecer las funciones sexuales, difundiendo y llevando la convicción de la utilidad de la continencia, de la disciplina sexual, para la mejor salud física, mental y moral.

V

PARTE DOCUMENTARIA

Una de las causas de que el grave problema de las enfermedades no se haya encarado debidamente, ocultando su importancia, es la falta de estadísticas, como lo he hecho notar al principio, presentando informaciones fragmentarias.

Cada Nación, por medio de sus Direcciones Sanitarias, debe reunir las documentaciones que tenga, estableciendo una revisación de los términos nosológicos, y de los materiales que actualmente, por múltiples causas, no se aprovechan: estadísticas de hospitales, de instituciones privadas, de mutualidades, del ejército y de la marina, etc.

Señores:

Al presentar este trabajo fragmentario, como habéis podido observar, sólo me ha guiado, sin aportar nuevas ideas, poner sobre el tapete de la discusión en este acto de fraternidad americana, un grave problema que interesa a todos por igual.

Pongamos nuestras energías en resolverlo, no dejemos que

sea considerada nuestra profesión, como simple tarea de acumular riquezas, como los caranchos sobre los desperdicios del matadero, inclinémosnos respetuosos sobre el dolor humano, buscando hacerlo desaparecer, y lo podemos realizar, en esta tarea de luchar contra un flagelo perfectamente evitable, como lo es el de las enfermedades venéreas.

CONCLUSIONES

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, reunido en Montevideo los días 9 a 16 de octubre de 1921, recomienda a los Gobiernos sudamericanos el siguiente programa de acción a desarrollarse en la lucha contra las enfermedades venéreas.

I

Asistencia social:

1. Coordinación de los servicios de asistencia social nacionales, provinciales, departamentales y particulares, hacia una acción armónica para la lucha contra las enfermedades venéreas.
2. Extensión e intensificación de la enseñanza de la venereología en las escuelas de Medicina y ramas afines. Creación de cursos de perfeccionamiento de la especialidad para médicos prácticos.
2. (bis). Denuncia obligatoria de las enfermedades venéreas y obligación de tratarse todo enfermo.
3. Asistencia gratuita (médico, medicamentos, hospitalización, etc.), de todo enfermo venéreo sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, ni condiciones económicas.
4. Creación de dispensarios antivenéreos extrahospitalarios a horas adecuadas y distribuídos de acuerdo con las necesidades de las poblaciones.
5. Acción de las mutualidades:

   a) Las sociedades de socorros mutuos deberán prestar asistencia médica a los enfermos venéreos, dándoles los mismos beneficios que a los atacados por enfermedades comunes.
   b) A las sociedades que excluyeran de los beneficios a esta clase de enfermos, se les deberá retirar la personería jurídica, prohibiendo su funcionamiento y quitándoles los beneficios que se les hubieran concedido por leyes especiales.

c) Las sociedades deberán hacer una activa propaganda por medio de sus boletines, hojas volantes o al dorso de los formularios para recetas, en forma de instrucciones claras y precisas, sobre los peligros de las enfermedades venéreas y su profilaxis.

6. Laboratorios y reacción de Wassermann:

a) Creación de laboratorios especiales destinados al diagnóstico e investigación de las enfermedades venéreas.
b) Unificación de los métodos de reacción de Wassermann. Contralor por el Estado de los extractos y sueros empleados en esta reacción.
c) Prohibición de establecer laboratorios de análisis biológicos en las farmacias, debiendo estar autorizados los que se establezcan, previa comprobación de la idoneidad de quienes los regenteen.

7. Ejercicio de la Medicina:

a) Sanción de leyes que reglamenten el ejercicio de la Medicina y ramas afines, persiguiendo con todo rigor el curanderismo, el charlatanismo profesional y el libre expendio de drogas y específicos.
b) Contralor de los avisos de profesionales y de medicamentos en la prensa en general.
c) Llamar la atención de los farmacéuticos sobre el cumplimiento de sus deberes profesionales, a fin de que se abstengan de tratar enfermos venéreos y de expender medicamentos para estas enfermedades, sin la previa prescripción médica.

II

Medidas de orden legal:

1.° Certificado obligatorio de buena salud para el matrimonio. Ley de divorcio absoluto. Investigación de la paternidad. Igualdad civil para ambos sexos y para los hijos legítimos e ilegítimos.

2.° Represión de la trata de blancas y del proxenetismo.

Penalidades por el delito de contaminación intersexual.

Supresión de las atribuciones judiciales a la policía para las infracciones a las leyes y ordenanzas sobre moralidad y creación de tribunales especiales.

3.° Legislación protectora del trabajo de las mujeres y de los niños.

III

Medidas de orden administrativo.

1.° Alcoholismo.

a) Represión del alcoholismo. Intensa y activa propaganda educacional.
b) Sanción de impuestos-licencias prohibitivos a los locales en que se expendan bebidas alcohólicas.
c) Prohibición de los *cabarets* y establecimientos afines.
d) Prohibición del empleo y de la entrada de mujeres y menores a los locales en que se expendan bebidas alcohólicas.
e) Prohibición de la introducción, tráfico, elaboración y expendio de bebidas alcohólicas, cualquiera sea su graduación.

2.° Prostitución.

a) Siendo la reglamentación de la prostitución un error higiénico, una injusticia social, una monstruosidad moral y un crimen jurídico, se tratará de provocar la reprobación general contra ese régimen, aboliendo las ordenanzas respectivas.
b) Activa acción administrativa y policial contra la pornografía, especialmente del libro y del teatro.
c) Creación de hogares refugios para amparo y regeneración de las mujeres.

IV

Parte educativa:

1. Educación sexual en todos los establecimientos de enseñanza.
2. Divulgación de los conocimientos de higiene sexual (disciplina sexual, continencia, profilaxis individual, etc.). Publicaciones, affiches, museos de figuras plásticas, conferencias, etc.
3. Educación física de la juventud. Creación de bibliotecas y centros de cultura popular.

V

Parte documentaria:

La dirección sanitaria de cada país reunirá documentos y estadísticas sobre la morbilidad y mortalidad venérea, unificando los cuadros nosológicos e investigando la parte que corresponde a estas enfermedades en la etiología de las enfermedades en general.

Instrucciones y consejos para los enfermos de sífilis

POR EL DR. PEDRO L. BALIÑA (Buenos Aires)

Profesor suplente de enfermedades de la piel en la Facultad de Medicina de Buenos Aires

---

La sífilis es una anfermedad curable y tanto más curable cuanto más temprano y más vigorosamente se haya empezado su tratamiento.

Existen enfermos que, gracias a un tratamiento oportuno y enérgico, se han librado tan completamente de su infección sifilítica que, expuestos a nuevo contagio, han vuelto a contraer la *sífilis por segunda vez.*

*
* *

Si usted se abandona o no sigue puntualmente las indicaciones que para su tratamiento se le darán, *malograrú su curación.*

Si usted tiene que ausentarse al campo o, por la clase de sus ocupaciones, tiene dificultades para concurrir al consultorio cuando se le ordene, adviértalo al médico, y él le indicará lo que debe hacer, pero, *bajo ningún pretexto, descuide usted su cura.*

*
* *

Si a usted se le ordena tratamiento por inyecciones de *neosalvarsán* (914), tenga buen cuidado de *no interrumpir la serie de ellas,* pues pueden sobrevenirle *accidentes* por una

suspensión inoportuna. (Se hace habitualmente no menos de 6 a 8 inyecciones de *neosalvarsán* en una serie; a menudo se ordena una serie de 10, 12 o más inyecciones; y, en general, estas series se repiten una o muchas veces).

Si usted prevé que sólo podrá hacerse 2 o 3 inyecciones de *neosalvarsán,* adviértalo al médico; acaso sea mejor que no haga ninguna, pues *un tratamiento insuficiente por "neosalvarsán" es peligroso* (1) (meningitis, neuritis óptica, neuritis del acústico, etc.), sobre todo si su infección sifilítica es reciente.

***

Cualquiera que haya sido la intensidad de la cura por *neosalvarsán,* habitualmente se la refuerza con el empleo simultáneo o sucesivo del *mercurio* y del *yoduro*, cuando el médico lo estima oportuno, pues *estos remedios, lejos de excluirse, suman sus efectos benéficos.* (2)

***

La única garantía de curación para su futuro, depende de la *energía, regularidad y constancia en el tratamiento durante los primeros años de su infección sifilítica.* Si usted se atiende debidamente, asegura su salud futura y la de su posible descendencia.

***

El hecho de que usted *después de un tratamiento escaso se sienta aparentemente bien*, sin signos exteriores de la enfer-

---

(1) Es, en cierta manera, como podar una planta en lugar de destruirla: retoña con más vigor.

(2) Personalmente, el médico que escribe estos consejos, por intenso que sea el tratamiento a que somete a sus enfermos, no concede descansos de tratamiento mayores de un mes, en el primer año de la cura. Habitualmente, el descanso llega a 1 y 1|2 meses en el curso del segundo año, a dos meses en el tercero, etc. (Se entiende por descanso de tratamiento la interrupción del mismo con supresión completa de los neoarsenicales, del mercurio o del yoduro, bajo cualquiera de sus formas).

medad; de que *usted tenga favorable la "reacción" en la sangre (reacción de Wassermann negativa),* no es absolutamente una razón para que se considere curado y, por consiguiente, a cubierto de las peores consecuencias de su infección. Más aún: en semejante estado usted puede *contagiar la sífilis a otras personas* (contacto sexual). Acaso usted mismo se ha contagiado de una persona que ignoraba esto y se creía sana. En que, *desoyendo esta advertencia,* hiciera correr ese peligro de contagio a otras personas, *comete un delito.*



Lo que hace de la *sífilis una enfermedad grave* es que, cuando no ha mediado un *tratamiento severo,* hecho a conciencia *(y un tratamiento semejante es absolutamente la única garantía para estar tranquilo),* se está seriamente expuesto a que después de pocos o muchos años (1, 2, 3 años; 5, 10, 15, 20 y más años), cuando menos pensaba el enfermo en ello, cuando acaso hasta el recuerdo de su enfermedad estaba borrado, empiece a sufrir las consecuencias de su abandono. Este abandono en el casado, puede igualmente repercutir en su mujer e hijos, corriendo todos los mismos riesgos. Estos riesgos, que el enfermo insuficientemente tratado (y que goza, sin embargo, de buena salud aparente), corre y hace correr a su mujer e hijos, los comprueba a diario el médico en su práctica, bajo forma de diversas localizaciones de la enfermedad en el organismo, variadísimas por sus síntomas e importancia. Son comunes las localizaciones de la sífilis en el sistema nervioso (afectando las meninges, cerebro, médula, etc., bajo la forma de parálisis general, ataxia, ceguera, etc.); en el sistema circulatorio de la sangre (aorta, corazón, etc.; aneurismas, muerte repentina, etc.); en fin, en cualquier órgano humano: riñones, hígado, estómago, intestinos, huesos, etc.



La *sífilis* que se adquiere por contagio y la que se trasmite por herencia a los descendientes, llega a ser, por *abandono culpable o por ignorancia* de los que la sufren, *una de las causas más frecuentes de enfermedad y muerte en la especie humana.*

La *sífilis* de los padres es la *causa más constante de los abortos a repetición*, o de que *nazcan niños muertos*, o de que sobreviviendo sean seres mal desarrollados, *enfermizos*, destinados a sucumbir o a aumentar el número de los *anormales*, *idiotas*, *dementes*, etc., que llenan los hospicios; o de *delincuentes*, *degenerados*, etc.

Todos estos desastres se irán aminorando considerablemente en el futuro, cuando todos los enfermos de sífilis se atiendan adecuadamente, si no por su voluntad, por obligación legal (la viruela no existe más en Buenos Aires desde que la vacunación es obligatoria por ley); cuando al *delito de propagar la sífilis* se aplique por la ley *el castigo correspondiente*, y los médicos tengan la obligación de denunciar a la autoridad los que cometen ese delito (como ocurre actualmente en algunos países).

Siendo la sífilis una enfermedad totalmente curable, sólo existe por culpa de los que no se atienden debidamente. Todo enfermo de sífilis tiene la obligación de tratarse en forma desde el principio de su mal; librará así de sus consecuencias, no sólo a su persona, sino a los que están en su contacto, a sus descendientes y a la sociedad.

Las dermatosis y la sífilis en el Ejército Uruguayo

Estado actual de la campaña antisifilitica y lo que debe hacerse para poder hacer una buena campaña contra la sífilis.

POR EL DR. BARTOLOMÉ VIGNALE (Montevideo)

Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina de Montevideo

Médico del Servicio de Piel y Sífilis del Hospital Militar Central

El objeto de presentar este trabajo al II Congreso de Dermatología y Sifilografía es hacer conocer el estado actual del problema de las enfermedades cutáneas y de la sífilis en el ejército y el plan que propongo para poder hacer factible una buena campaña antisifilítica.

Los problemas de las afecciones cutáneas y de la sífilis absorben nuestra atención de muy distinta manera, predominando, indiscutiblemente, este último.

Por eso, trataré someramente en este trabajo a las prime-

ras, para detenerme más en lo referente a la avariosis, de preferencia en la parte referente a profilaxis y los métodos de que nos podemos valer para combatirla lo más eficazmente posible, dentro de la acción de la Sanidad Militar.

El problema de las enfermedades de la piel, propiamente tales, no es grave ni mucho menos, en lo que respecta al ejército uruguayo, porque, si es cierto que el número de estas afecciones es muy grande, no es menos cierto que en nuestro país son completamente benignas, con poca tendencia a la cronicidad, y que, en general, requieren, cuando toman un carácter serio, poco tiempo de hospitalización.

Según mi opinión, esta benignidad de las afecciones cutáneas depende de la raza que compone la mayoría de los miembros de nuestro ejército. En nuestro país el ejército está compuesto de enganchados, que casi todos ellos son de una raza producto de una mezcla de indios y de europeos, que ha dado un tipo poco predispuesto a las afecciones cutáneas graves.

Por otra parte, la poca difusión de otras afecciones cutáneas, como la lepra, que está muy desarrollada en países vecinos al nuestro, contribuye a quitar importancia al problema de las afecciones cutáneas, en cuanto a medidas de carácter urgente a tomar.

El estudio que someteré a la consideración de los señores congresistas no está basado en datos estadísticos precisos, pues, el escaso contralor que hasta hace poco se llevaba en el estudio y clasificación de estas afecciones, hace imposible una exposición meticulosa basada en la estadística.

Esta comunicación, si tiene algún mérito, es que es obra de la observación de cuatro años de asistencia diaria en la Sala de Piel y Sífilis y su policlínica.

Me basaré, para dar los datos que voy a enunciar, en el movimiento de la Sala del Servicio de Piel y Sífilis de la Sanidad Militar, en el año 1919, que es en el que más enfermos se han asilado.

DERMATOSIS

Ese año se hospitalizaron en dicha Sala 1,518 enfermos, cifra elevadísima, si pensamos que nuestro ejército, armada y policía se componen de alrededor de 15,000 hombres, lo que nos da un porcentaje del 10 o|o, que han tenido que hospitalizarse por afecciones cutáneas. Y digo que se han tenido que

hospitalizar, porque no cuento en este número a los que se han asistido en la policlínica anexa a la Sala y en las enfermerías de los cuarteles, que forman, indiscutiblemente, un número elevado.

Parecerá, a primera vista, un contrasentido el decir que el problema de las enfermedades de la piel no constituye un problema grave y enumerar en seguida datos que nos muestran que el 10 o|o del ejército ha tenido que hospitalizarse por estas afecciones; pero si esto afirmo es porque estos asilados no han contribuído a constituir un problema por el corto tiempo de la hospitalización y por el carácter de benignidad de la gran mayoría de las afecciones.

La sarna ocupa dentro de este número un alto porcentaje. En ese año se asilaron por esta causa 366 enfermos. Si tenemos en cuenta que en este número sólo contamos a los atacados de la Capital, ya que es raro que vengan a la Sala enfermos de campaña por esta afección, porque son asistidos por los médicos de los cuerpos en las enfermerías respectivas, vemos que el número es elevadísimo. Suponiendo que en las unidades de campaña haya habido tantos como en las de la Capital, que se hospitalizaron, cosa muy posible, nos daría un número de alrededor de 700, vale decir, que el 5 o|o del ejército ha estado ese año atacado de sarna. El estado actual del soldado, haciendo vida en comunidad, y en las condiciones especiales, tanto del punto de vista material como del moral, de las poblaciones *sui generis* que rodean a nuestros cuarteles y que es donde el soldado contrae sus males, nos explican el incremento rápido y grande de esta dermatosis, que afortunadamente no es de resultados funestos y de fácil curabilidad, presentando la ventaja de una rápida hospitalización.

El promedio de hospitalización de un enfermo de esta naturaleza en el Hospital Militar Central, es de dos días, desde que se sigue el procedimiento de tener al enfermo en cama, con imposición de no levantarse, en un relativo aislamiento, bien vigilado y a régimen alimenticio muy sobrio.

Es un régimen severo, que nos ha dado grandes resultados desde que lo empleamos.

Antes al soldado enfermo se le trataba así: Hecho el diagnóstico de sarna en el servicio de puerta, era enviado a la repartición de aislamiento. Aquí se le hacía el tratamiento de su sarna, pero el enfermo comía de todo, se levantaba en la Sala, fumaba y se pasaba el día conversando con enfermos similares atacados de la misma dolencia. Si se comparaba esto con la vida ruda y de trabajo que llevan en los cuarteles, es

natural que ésta era deliciosa y que el que llegaba a esta Sala trataba de permanecer en ella el mayor tiempo posible y no volver al cuartel, para lo cual simulaban que el prurito les continuaba, se provocaban lesiones de *grattage* para mostrar que su mal continuaba y otras mil artimañas.

El procedimiento que seguimos hoy ofrece muy pocos halagos, de modo que en cuanto el soldado está curado no demora su estada.

Esto en lo referente a la sarna, nada más de importancia debo decir.

En cuanto al eczema, la más común de las afecciones cutáneas en nuestro medio, después del acné, diré que en el ejército no constituye un problema importante el que pueda presentarse con respecto a esta dermatosis. En efecto: aunque se trata de una afección de larga duración, es, por lo general, lo bastante benigna como para no impedir a las personas desempeñar sus habituales quehaceres. El año 1919, sin embargo, se asilaron en la Sala V (la de Piel)), 67 personas, cifra elevada, si se tiene en cuenta que en la población civil la cantidad de asilados por eczema es ínfima, como lo pueden atestiguar los libros de nuestra Sala Ricord B, de donde tengo el honor de ser Jefe de Clínica, sala que honra con su profesorado el insigne maestro de la Dermatología uruguaya, el profesor don José Brito Foresti, única Sala de la Asistencia Pública Nacional para asilar enfermos de la piel. Debemos decir que no todos los que se asilaron con eczema lo hicieron sólo por esta dolencia, sino por tener muchas veces otras afecciones cutáneas que hicieron obligatoria la permanencia en el Servicio de Dermatología.

Debo decir que los eczemas generalizados han sido rarísimos, y que de todos ellos ninguno llevó mucho tiempo de reclusión en la Sala, lo que prueba la benignidad de ellos.

Por piodermitis se asilaron ese año 76 enfermos, todas ellas bastante intensas, habiendo justificado, en la mayoría de los casos, la hospitalización. Todas ellas curaron rápidamente. Se me ocurre una digresión y es la siguiente: El hecho de ser fácilmente curable en su comienzo denota (para tener que llegar a asilarse tantos enfermos) mucho abandono por parte de los soldados, pues si hubieran dado cuenta al médico inmediatamente de su comienzo, se hubieran curado fácilmente, sin tener que llegar a ocupar una plaza en la Sala. Esto trae como consecuencia algo que más adelante detallaré, cuando estudie el problema de la sífilis, y es la necesidad de una visita semanal obligatoria y completa desde el punto

de vista cutáneo y mucoso a todo el personal de las unidades por parte del personal técnico, cosa bien fácil, por lo rápido que puede hacerse un examen general de la piel de los miembros de las unidades.

En cuanto al granuloma venéreo, es digno de destacarse su frecuencia relativa, y digo así, si se compara con la población civil, en donde es relativamente poco frecuente.

En el notable trabajo que el malogrado y querido doctor Juan Antonio Rodríguez presentó al Primer Congreso de Dermatología y Sifilografía, celebrado en Río de Janeiro en 1918, exponía una gran cantidad de casos observados en su clínica del Hospital Militar. Explicaba el doctor Rodríguez la frecuencia del granuloma en el ejército, por la gran cantidad de soldados que en nuestra frontera están en contacto con focos situados entre la población ríograndense, donde abunda este mal.

En cuanto a la lepra, haré notar que es una afección que en el medio que estudio está muy poco expandida, tanto que puede decirse que la lepra es una afección casi desconocida en el ejército uruguayo. En cinco años de asistencia a la Policlínica de Piel y a la Sala de estas afecciones de la Sanidad Militar, sólo he observado un caso.

Felicitémosnos que así sea, ya que hemos tenido la suerte de que esta afección no se haya expandido en nuestro ejército, donde tan fácil hubiera sido su propagación, por la misma idiosincrasia del soldado, por la ignorancia que tiene de las medidas de profilaxis, y por la vida de promiscuidad que hace en el cuartel y en su vivienda, situada en esa población *sui generis* que rodea a los cuarteles en nuestro país y donde están tan poco divulgados los más elementales conocimientos de higiene individual y colectiva.

El psoriasis es una afección poco común en el ejército y adopta, por lo general, formas benignas, de poca difusión. La artropatía psoriásica es desconocida en el ejército.

Las otras dermatosis: acné, urticaria, etc., etc., ni las describiré por no tener ninguna importancia y por ser afecciones que no revisten en el ejército carácter especial ninguno que las haga dignas de mención especial.

Sólo en lo referente a la dishidrosis plantar, haré notar la rareza de esta afección en nuestra policlínica y en nuestra Sala de Piel, lo que nos hace ver que en el ejército no existen, a lo menos, formas intensas de dishidrosos que obliguen la hospitalización.

Señalo este dato por lo interesante, porque el soldado en

nuestro ejército está sujeto a reglamentos que le imponen marchas prolongadas, varias horas de ejercicios físicos diarios, etc., condiciones que favorecen el desarrollo del mal, y, sin embargo, es él casi desconocido.

Hecho este breve análisis de las afecciones cutáneas, podemos llegar a la conclusión de que no constituyen en nuestro medio militar un problema de urgente solución, ni que precise medidas radicales, no así el que pasaré a tratar ahora, el de la sífilis, que requiere tanto nuestra atención y nuestra mejor buena voluntad, y si digo que el problema de las afecciones cutáneas no es grave, no lo digo porque no sea de necesidad hacer mucho por ellas, sino porque no es un problema fundamental como el de la sífilis.

SÍFILIS

La campaña contra la sífilis es general en el Uruguay. En las distintas reparticiones de la Asistencia Pública Nacional, en el Instituto Profiláctico de la Sífilis, etc., se ha hecho y se hace una campaña intensa y racional contra el terrible mal. En cambio, en el Servicio de Sanidad del Ejército y la Armada falta mucho por hacer todavía, aunque actualmente hay una tendencia a hacer las cosas mejor y a organizar bien, como veremos más adelante, de modo que dentro de muy poco estará a la altura de los mejores, ocupando el sitio que con honor le corresponde.

Diremos que un impulso renovador y de organización se ha notado en estos últimos tiempos. En el interesante estudio que el malogrado doctor Juan Antonio Rodríguez hizo en 1919, sobre la Profilaxis de la Sífilis en el ejército, dejó esbozado el plan de lucha, y, últimamente, el profesor Augusto Turenne, en el informe presentado hace pocos meses a la Sanidad Militar, completó y delineó la lucha contra el mal venéreo.

Mucho de lo que diré ha sido, pues, ya expuesto, pues es muy difícil en este tema introducir ideas originales; sólo trataré de hacer un estudio de conjunto sobre lo que se ha hecho y agregar algunas ideas propias, haciendo un trabajo que englobe todo lo referente al interesante tema que trato.

La sífilis tiende a aumentar todos los años; en 1908, 38; en 1909, 98; en 1910, 131; en 1911, 144; en 1912, 266; en 1913, 373; en 1914, 277; en 1915, 360; en 1916, 430; en 1917, 470; en 1918, 447; en 1919, 508.

Ante todo, diré que si la sífilis en el ejército uruguayo es

numerosa, no lo es tanto como se cree, como todos se lo imaginan.

Mucho se ha exagerado a este respecto.

Para muchas personas, aún para aquellas que están en condiciones de conocer el medio militar, hablar de sífilis dentro del ejército, es decir algo que parece que le atañe, a tal punto que es creencia general que un 80 a un 90 o|o de la población militar es sifilítica. Yo creo que se está en un profundo error, y que, cuando más, un 40 o|o del ejército uruguayo está atacado de sífilis.

¿Por qué afirmo esto? ¿En qué me baso? Querer demostrarlo con datos estadísticos precisos es imposible actualmente, de la manera como se lleva el contralor en todo.

Sólo se hace contralor en los sifilíticos de la Sala V, servicio interno; y en la policlínica anexa a esta Sala sólo desde hace muy poco tiempo se lleva en forma, y es muy difícil, por el poco tiempo que hace, poder sacar conclusiones.

Para poder hacer estadística eficaz, habría que descentralizar más, establecer contralor hasta en las mismas enfermerías de los cuarteles, donde se podría estudiar a los sifilíticos de cada unidad y la de los individuos que viven en esa zona pericuartelera, en esa población *sui generis* que rodea a los cuarteles, y sin cuyo conocimiento exacto es imposible hacer profilaxis.

Por todo esto es que los datos que doy no pueden basarse en estadísticas, y si afirmo que sólo un 30 o a lo más un 40 o|o de la población militar es sifilítica, es por lo que he podido observar en cuatro años de estada en el Servicio de Piel y Sífilis de la Sanidad Militar, que ahora me honro en dirigir interinamente, y por los datos que he podido sacar de los libros de la Sala V, que me muestran que de 1,516 enfermos asilados en la Sala de Piel y Sífilis en 1919, que fué el año en que más enfermos se hospitalizaron, sólo la tercera parte eran sifilíticos.

Hecho este introito, destinado a establecer el grado de desarrollo del mal en el ejército, vayamos al estudio de su profilaxis, que es el objeto de este trabajo.

Ante todo, diré que creo que debe ser, sobre todo, racional, educando ante todo al soldado sobre los males que puede acarrear este mal venéreo y la manera como puede evitarlo.

El soldado no conoce la sífilis. Sabe que existe pero ignora los terribles estragos que causa sobre sí y sobre los descendientes; ignora que muchas enfermedades que le pueden provocar la muerte, son obra de esta afección. La mayoría ig-

nora que la parálisis, la ceguera, la locura, etc., pueden ser provocadas por esta dolencia.

Y tiene que ignorarlo desde el momento que al soldado no se le enseña más que lo que tiene atingencia con su carrera militar, haciéndolo un hombre que desconoce todo lo que atañe a su propia salud.

Ignora más, y es que todos estos males son evitables.

Y para que sepa todo esto, aunque sea superficialmente, hay que instruirlo, como decía yo, por medio de una enérgica propaganda.

¿Cómo debemos hacer esta propaganda?

1.° Por conferencias, hojas volantes, folletos.

Distintos medios se pueden emplear y, ante todo, creo que la instrucción que parta directamente del personal técnico debe ser la que más eficacia puede tener, por la autoridad misma que tiene. Se puede hacer por medio de conferencias en cada cuartel a los soldados, sus hijos y sus *chinas,* sobre el mal venéreo y sus consecuencias y la posibilidad de evitarlo, conferencias que, para ser más ilustrativas, se pueden hacer con proyecciones luminosas, siendo este un modo de poder llegar de una manera más directa a que el soldado comprenda con facilidad.

Estas conferencias se pueden hacer, como decía, para ilustrar directamente el soldado, en las enfermerías de los cuerpos.

Pero esto no basta; se deberá tratar de hacer, también por el alto personal científico, conferencias en los altos centros militares de las capitales, en el mismo Servicio de Piel del Hospital Militar, para que los jefes puedan comprender en todas sus fases el problema y queden en condición de hacer obra práctica en sus dependencias. Se deberían dar también, y esto es capital, en nuestra Academia Militar y en nuestra Escuela Naval, para que, instruídos los alumnos, que después serán oficiales del ejército, puedan llevar las ideas a los cuarteles y barcos que les tocará dirigir, haciendo así obra nacional.

2.° Otro medio de instruir es hacer hojas volantes, en donde se indique todo lo relativo a la sífilis y a su profilaxis.

Estas hojas se deberán hacer en cantidad inmensa, para ser distribuídas a todos los soldados y a esa población *sui generis* que rodea a los cuarteles en nuestro país. Algunas de estas hojas estarán pegadas en los dormitorios de los soldados y en las enfermerías de los cuarteles, para que el soldado las tenga siempre presentes.

Además de estas hojas, deben imprimirse folletos para ser distribuídos, sobre todo, entre los oficiales y los clases, para que éstos se instruyan y estén en condiciones de poder dar instrucciones a sus subordinados.

El personal técnico de los servicios de Hospital y de las enfermerías de los cuarteles deberá vigilar el cumplimiento de esto para poder hacer obra buena y segura.

Esta propaganda deberá estar reforzada por ciertos procedimientos que muestran los efectos terribles de la sífilis, para lo cual se podrán hacer figuras de cera que muestren esto y tener también carteles con dibujos, donde se vean los perniciosos efectos de la avariosis sobre la piel, los órganos y sobre la herencia, mostrando los distintos productos de la herencia sifilítica.

Todo esto en cuanto a la parte capital de la profilaxis. la más racional, la que tiende a instruir al soldado sobre las consecuencias de los males venéreos, me refiero a la propaganda.

PROFILAXIS DEL FOCO

Pero esto sólo no basta; debemos también hacer la profilaxis de los focos, punto tan bien estudiado por el doctor Juan Antonio Rodríguez.

Es también capital, porque mal podemos hacer obra eficaz si no destruímos los focos de infección, si no vamos a las mismas fuentes a destruir el mal, allí donde tiene su origen. En el trabajo que el doctor Juan Antonio Rodríguez había presentado a la Sanidad Militar, clasificaba los focos de la siguiente manera:

Foco genital { China / Prostituta / Pederastas pasivos

Foco extragenital { Mates / Utensilios comunes

Empecemos por *la china*, la mujer del soldado, la que vive en ese medio *sui generis* pericuartelero, que vendría a ser en nuestro país una semi prolongación del cuartel.

¿Cómo se debe hacer la profilaxis con la china? Ante todo tratando de atraerla a la enfermería del cuartel por medios de convicción, haciéndole notar las ventajas de una revisación médica periódica, enseñándole las maneras como puede evi-

tar los males. La única manera de poder llegar a esto es por la profilaxis racional, de que hablé, por medio de conferencias, carteles, etc. Esto quiere decir que el personal técnico de las unidades debe hacer llegar hasta la china todos los medios de que dispone para hacer profilaxis y de que la china debe estar en la enfermería de los cuarteles, como lo está el soldado. Sería conveniente que los jefes de unidades encauzaran las cosas en este sentido.

Vale decir, que la Sanidad Militar debe extender su radio de acción a los ranchos de campaña, conventillos, etc.

Si un soldado llegara a venir al cuartel con un chancro, se debe investigar cuál fué la mujer que lo enfermó y traer a ésta a la enfermería, para que venga a hacer el tratamiento. Si no quisiera hacerlo, se podría prevenir a la tropa que esa china está en estado de contagiar y se podría poner el nombre de la mujer en la enfermería, para que los soldados vieran y se previnieran.

Si la mujer no quisiera hacer el tratamiento, habría, en casos extremos, que llegar al mal procedimiento de denunciarla como prostituta clandestina, para obligarla a que se cure, evitando un foco peligroso de nuevos males. Creo que si se hace antes una bien llevada propaganda, se puede evitar esto último, que no debe dejar de considerarse como un verdadero atentado.

En cuanto a la profilaxis del foco en el pederasta pasivo, no deja de ser en nuestro medio un problema interesante.

Con el sistema de reclutamiento que se hace en nuestro país, en donde se admiten niños de 12 años para servir, es fácil que el número de pederastas pasivos sea grande, pues estos adolescentes no tienen la capacidad de reflexión como para poder sustraerse a las insinuaciones de una gran cantidad de perversos sujetos, que con el sistema de reclutamiento del Uruguay abundan, pues es sabido que el soldado es, en la mayoría de las veces, reclutado entre las más bajas capas sociales. La vida en comunidad favorece la pederastía, pues sujetos débiles no resisten a las acechanzas continuas de malvados.

Decía que el número de pederastas es numeroso y que son un foco grande de males dentro del cuartel. El número de pederastas enfermos de males venéreos que asisto en mi Sala del Hospital Militar Central es elevado.

A estos degenerados creo que el único procedimiento a se-

guir es el de expulsarlos del ejército, inducirlos a hacer tratamiento en los dispensarios, que tanto abundan en nuestro país.

PROFILAXIS DEL CONTAGIO PRODUCIDO POR LA VÍA EXTRAGENITAL

El uso del mate es indiscutiblemente el factor principal de los contagios por vía extragenital.

En la clínica del Hospital Militar Central, es frecuente ver chancros de la boca, amígdalas, etc., cuyo origen está en el mate. Por eso el mate en rueda debe ser absolutamente prohibido, debiéndose permitir en el ejército sólo el uso del mate en infusión, servido en tazas, como se hace con el te, lo que aquí conocemos con el nombre de mate cocido.

En cuanto a las otras vías de contagio, yo creo que es necesario, indiscutiblemente, ir al uso del paquete sanitario, a semejanza del que propuso al Instituto Profiláctico de la Sífilis el eminente profesor uruguayo doctor José Brito Foresti. Este paquete sanitario se compondría de una pequeña cantidad de pomada de calomel timolada, una bujía de protargol o algo semejante, jabón de bicloruro o biyoduro y una pequeña toallita.

Usando la pomada antes del coito, lavando después de él con el jabón de biyoduro o bicloruro y volviendo a poner la pomada, es casi seguro que el contagio sifilítico no se producirá. La experiencia de lo que se ha hecho en la marina y en el ejército americano es bien concluyente y decisiva.

Y hasta no es necesario usar la pomada antes del coito: lavando bien después de él y aplicando luego la pomada, las seguridades son casi absolutas.

En la tripulación de algunos barcos de la marina uruguaya en los que, en largos viajes, se usó el paquete sanitario, los resultados fueron decisivos.

Se podrían preparar en el Parque Sanitario de nuestra Sanidad Militar y ser enviados a todas las enfermerías para ser distribuídos al personal de la tropa. De esta manera el costo sería mínimo, y se podría hacer en gran escala.

Por otra parte, en la enfermería de los cuarteles debería haber siempre, a la hora de llegada de los soldados francos, irrigadores con soluciones antisépticas, para hacer el lavaje uretral de todos los soldados que fueran llegando y que hubieran tenido relaciones sexuales. Una propaganda bien hecha, mostrándoles la ventaja de proceder así y la observa-

ción continua de las ventajas que reporta, harían que el soldado concurriera voluntariamente y con gusto a hacer esta *toilette* genital, tan útil y eficaz.

La fórmula que propongo podría tener la constitución siguiente:

Timol	1 gr. 50
Calomel	25 gr.
Lanolina anhidra . . .	25 gr.
Vaselina neutra	50 gr.

F. S. A. uso externo

Fórmula que, como se ve, es muy semejante a la del doctor Gaudncheau.

El otro punto que debemos tratar es el referente a los resultados que podemos obtener con las reacciones serológicas para hacer profilaxis.

Debemos decir primero que a todo soldado, sea sano o enfermo, se le debe hacer la reacción de Wassermann, para poder tener una guía y un contralor. A todo soldado que fuera a contratarse, se le debería hacer una reacción de Wassermann y en ese sentido yo creo que a todo el que fuera a anotarse para contratarse, se le debería tener antes una semana en estudio; se le examinaría atentamente, desde el punto de vista venéreo, siendo obligatorio el hacerle la reacción de Wassermann en la sangre. Al ser aceptado, se le daría una ficha, en la que se anotaría todo lo referente a su estado al ingresar al ejército.

PROFILAXIS DEL ENFERMO Y MANERA DE ENCAUZAR LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DEL TRATAMIENTO

Ante todo, yo creo que hay que reformar todo lo que existe actualmente, haciendo algo más racional y hacer las cosas con un espíritu más moderno y científico, tratando de hacer algo de lo que el doctor Juan Antonio Rodríguez propuso en 1919 a la Sanidad Militar.

Para eso cada enfermería de cuartel debería ser un pequeño dispensario, en donde se hicieran las inyecciones necesarias, donde se aislara a los sospechosos, donde se hicieran las extracciones de sangre, etc.

Cada uno de estos dispensarios, instalados en cada cuartel, tendrían una independencia relativa, dependiendo de un gran

Dispensario Central de la Sífilis, que estaría situado en el Hospital Militar Central, que ejercería un contralor sobre los otros dispensarios de los cuarteles, sin sacarles la independencia que cada médico de cuerpo debe tener.

En cada cuartel, con el dispensario correspondiente, se debe pasar semanalmente una visita a todo el personal, desde el punto venéreo-sifilítico. Esta medida no irroga mayor tiempo y, en cambio, es de beneficios incalculables,. porque puede descubrir lesiones ocultadas por el personal y porque puede permitir, en muchos casos, ver lesiones que pudieran haber pasado desapercibidas y que con tratamiento precoz ahorran mil inconvenientes.

¿Cómo estarían organizados los dispensarios de cuerpo? Con un servicio técnico formado por el médico y el practicante del cuerpo, el o los enfermeros, etc. Aquí se llevarán libros donde se harán las anotaciones correspondientes a los enfermos, datos clínicos, tratamiento hecho, su forma de sífilis, etc., y cantidad de medicamento gastado. En el gran Dispensario Central se haría el contralor de los pequeños dispensarios, se anotarían todos los datos que ellos le remitiesen, se verificaría el examen de todo aspirante a ingresar al ejército. A cada aspirante, al ingresar, se le hará una hoja clínica, en donde se le anotará todo lo relativo a enfermedades venéreas, y se le practicará una reacción de Wassermann. Se hará una ficha que quedará en el Dispensario Central y una copia que se enviará al dispensario del cuerpo donde vaya a servir.

Si el aspirante fuera de campaña, se le hará la ficha en el dispensario del cuerpo y se enviará copia al Dispensario Central. Todo estará en forma de casilleros.

Para los enfermos se procederá así:

Todo enfermo irá al Dispensario Central, donde se le examinará.

Si su mal requiere hospitalización, se le fichará y se le enviará a la Sala de Piel y Sífilis del Hospital Militar.

Si no es necesario esto, se le anotará, se le hará la ficha, donde se le anotará el tratamiento, y se le enviará al dispensario del cuerpo, con todas las indicaciones a seguir.

De éstos, cada seis meses se enviarán los datos correspondientes a los enfermos al Dispensario Central, donde tendrán que ser anotados en las historias clínicas de cada uno.

En este gran Dispensario Central se harán todas las investigaciones biológicas necesarias, punciones lumbares, investigación del treponema, reacciones de Wassermann, etc.,

para lo cual tendrá que tener un gran laboratorio anexo, y montado de acuerdo con los mayores adelantos.

El Servicio de Piel y Sífilis del Ejército estará compuesto, pues, de tantos dispensarios como unidades haya, para lo que podrán habilitarse las enfermerías de los cuarteles con ese fin, un Dispensario Central, ubicado en el Hospital Militar, teniendo bajo su dependencia un gran laboratorio, y la Sala de Piel y Sífilis.

El Dispensario Central y la Sala de Piel y Sífilis deberán ser independientes, pero en ésta se deberán asilar todos los enfermos que por su estado deben ser sometidos a tratamiento en ella, y sean enviados por el médico del dispensario.

A este respecto el doctor Juan Antonio Rodríguez había hecho un trabajo en que había llegado a las siguientes conclusiones:

Artículo 1.° El Dispensario Central de la Sífilis funcionará en el Servicio de las enfermedades de la Piel y Sífilis del Hospital Militar.

Art. 2.° La distribución del trabajo la hará el médico-jefe de dicho Servicio en la forma que juzgue más conveniente, con la autorización de las autoridades sanitarias.

Art. 3.° A todo sifilítico que vaya a consultar, a los enviados por sífilis por los médicos de la Sanidad Militar, y a los hospitalizados por sífilis en la Sala V, le corresponderá una hoja de observación individual, en donde se anotarán los datos clínicos y del laboratorio, marcha de la enfermedad e incidencias del tratamiento, detalle importante para el futuro del enfermo.

Art. 4.° Las hojas de observación tendrán una gráfica numerada que, conjuntamente con el nombre del enfermo, se inscribirá en el libro índice.

Art. 5.° Las hojas de observación serán distribuídas en casilleros clasificados, por orden alfabético, y numerados con igual numeración a la que tienen las hojas clínicas, en donde se anotarán los principales datos del enfermo: edad, graduación, unidad a que pertenece, y los datos clínicos siguientes: época de la enfermedad, accidentes y tratamientos anteriores.

Art. 6.° Para facilitar la búsqueda de la observación de un enfermo, se llevará un índice del registro general y de las hojas clínicas.

Art. 7.° Para contralorear la cantidad de medicamento empleado en el dispensario, se distribuirá una libreta, en don-

de se anotará el día en que se practican las inyecciones, el número del enfermo y la cantidad inyectada.

Art. 8.° Todos los años, el médico-jefe del dispensario, que es el del Servicio de las Enfermedades de la Piel y Sífilis, presentará una estadística con los datos recogidos, que nos servirá para saber si la sífilis aumenta o disminuye, base que facilitará a la Sanidad Militar para tomar medidas más enérgicas de preservación contra la sífilis.

Como se ve, las conclusiones a que arribaba el doctor Rodríguez están bastante de acuerdo con lo expuesto por mí, excepto en algunas que quiero recalcar.

Yo separo completamente la Sala de Piel y Sífilis, que la independizo en absoluto del Dispensario Central, y no como en el proyecto del doctor Rodríguez, que las ponía bajo un mismo contralor, haciendo depender los dos organismos de un mismo médico.

Creo conveniente, antes de terminar el trabajo, recordar las conclusiones del estudio del doctor Turenne, con respecto a la profilaxis de los males venéreos en el ejército.

Las conclusiones del trabajo del doctor Turenne son las siguientes:

1.° La frecuencia de la contaminación venérea en el personal del ejército y la armada justifica la lucha contra el grupo de enfermedades constituído por la sífilis, la blenorragia y el chancro blando.

2.° Las relaciones íntimas entre el personal militar y el medio civil, dan proyecciones de alcance nacional a los resultados que en la lucha antivenérea pueden obtenerse.

3.° Por las consecuencias contraproducentes que podrían originarse, el momento no es aún propicio para penar como faltas disciplinarias la contaminación y la ocultación.

4.° La lucha antivenérea en el ejército y la armada debe instituirse sobre la base de una propaganda racional, tenaz y activa, en la que deben primar los elementos de convicción sobre los de coerción.

5.° Para ser efectiva en sus resultados la lucha antivenérea, debe extenderse a la población *sui generis* que acompaña a las aglomeraciones militares.

6.° Pocos resultados son de esperarse si no se obtiene la colaboración decidida de los jefes y oficiales, no ya sólo obediente a las órdenes de la superioridad, sino reflexivamente consentida y mantenida por el convencimiento de que la eli-

minación del factor venéreo implica una importante mejora en el rendimiento integral del soldado.

7.° La lucha debe establecerse simultáneamente por todos los agentes de propaganda y de acción enumerados en el informe.

8.° La Sanidad del Ejército y la Armada debe proporcionar los medios destinados a impedir la contaminación venérea antes y después de toda relación sexual sospechosa.

9.° La Sanidad del Ejército y la Armada debe abocarse al estudio de los diferentes medios aconsejados para la profilaxis y el tratamiento del mal venéreo, exigiendo de los miembros del personal técnico la mayor exactitud y el más severo espíritu crítico en la apreciación de los éxitos obtenidos, para que su difusión entre el elemento civil sea el resultado de una experimentación científica rigurosamente conducida.

10. En las localidades en que no existan organismos públicos de asistencia médica, la Sanidad Militar podrá extender su acción de lucha antivenérea a los elementos civiles menesterosos.

11. La investigación de la reacción Bordet-Wassermann y el diagnóstico del mal venéreo deben ser previos al ingreso al ejército y la armada, debiendo hacerse extensivos al resto del personal, como medio de investigación estadística, de contralor terapéutico y de apreciación racional de los medios de lucha contra esas enfermedades.

12. La importancia del tratamiento como elemento de atenuación del período de contagiosidad es de tal importancia, que se impone un perfeccionamiento de la instrucción venereológica del personal técnico y una difusión perentoria de las nociones más recientes, adquiridas por las autoridades científicas de la materia. Las clínicas especiales del Hospital Militar Central deben organizarse para constituir el centro de instrucción venereológica del personal de la Sanidad Militar.

He incluído las conclusiones del trabajo del doctor Rodríguez y del profesor Turenne, por parecerme necesario hacerlo, para recordar todo lo que con respecto a profilaxis en el ejército se ha hecho en nuestro medio.

De lo que he expuesto llego a las siguientes

CONCLUSIONES

1.° Si el problema de las afecciones exclusivamente de la piel no es alarmante en el ejército uruguayo, el de la sífilis

lo es, lo que hace que la Sanidad Militar deba dedicar todas las energías posibles para poder combatirlo eficazmente.

2.° Es absolutamente necesario ilustrar a todos los miembros del ejército, por todos los medios posibles: conferencias, proyecciones luminosas, carteles, etc., sobre los males venéreos y sus estragos y la manera de hacer profilaxis.

3.° Se debe hacer una enérgica propaganda, por todos los medios posibles de convicción, para que el personal del ejército y la armada haga uso del *paquete profiláctico,* conteniendo todo lo necesario para hacer lo más difícil posible el contagio de las dolencias venéreas.

Como el personal del ejército y la armada está en contacto directo con la población civil, puede hacerse de manera que esta propaganda se haga extensiva a toda la población civil.

4.° En cada unidad del ejército debe existir un dispensario de la sífilis, dependiente de un gran Dispensario Central, que estará ubicado en el Hospital Militar Central, teniendo a su disposición un gran laboratorio central, con todo lo necesario para poder hacer toda clase de investigaciones.

Este gran Dispensario Central, para poder funcionar con absoluta libertad de acción, debe ser independiente de la Sala de Piel y Sífilis del Hospital Militar.

De las conclusiones que anteceden saco como consecuencia un pedido que hago al II Congreso de Dermatología y Sifilografía en forma de Voto:

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía decide que, previa intensa propaganda por todos los medios posibles sobre los males venéreos, debe aconsejarse el uso del *paquete sanitario* en el ejército y en la armada, haciéndolo extensivo a toda la población civil.

Profilaxis de la sífilis en campaña

POR EL DR. ERNESTO RICCI (San José, Uruguay)

Al tomar a mi cargo la tarea de desarrollar este tema, defiriendo a la designación con que el Comité Ejecutivo del Segundo Congreso Médico Nacional tuvo a bien honrarme, nombrándome su Relator Oficial, no puedo pasar en silencio

el caso siguiente, que nos pondrá en evidencia el modo cómo se propaga la sífilis en nuestra campaña.

Me había trasladado a una zona alejada de la ciudad, poblada toda ella por familias ligadas por estrechos lazos de parentesco, para atender a un enfermo que había sufrido un traumatismo. La casa del paciente estaba llena de parientes y amigos, departiendo todos en amable tertulia; el mate rodaba de mano en mano, como es costumbre en estos casos, en que es un desaire el no ofrecerlo a toda persona presente, y es otro desaire, tal vez mayor, el no aceptarlo. De los presentes nadie tenía, al parecer, afección alguna que le hiciera rehusar la sana bebida ofrecida, pues todos le rendían honores. Poco tiempo después, un colega, el doctor Adolfo Cordero, debió asistir, atacado de sífilis en plena erupción secundaria, a uno de los que formaban parte de esa reunión.

Al colega le asaltó la duda terrible que, entre los allegados al enfermo, pudiera haber otro que tuviera la enfermedad y toda la familia fué puesta en observación.

Se hizo la reacción de Wassermann y, por suerte, ella sólo fué positiva en uno de los componentes de dicha familia, un hermano del enfermo. De los conmemorativos yo deduje que éste ya tenía su sífilis el día en que yo lo había visto tomando mate en rueda con sus parientes y también se desprendía que el accidente inicial había sido un chancro en la amígdala, que había pasado desapercibido gracias a un tratamiento desinfectante vulgar: este accidente inicial había sido probablemente contraído en otra rueda de mate. Estos casos de sifilización familiar, deben ser muy comunes en nuestra campaña, y todos los médicos que ejerzan en ella habrán tenido oportunidad de comprobar casos como el que relato, tanto más frecuentes cuanto menos poblado sea el departamento en que actúan y cuanto menor número de centros de población contenga él.

El hecho apuntado necesita una explicación para poder llegar a encontrar cuáles medios debemos poner en práctica para obtener una profilaxis eficaz contra esta enfermedad, en el ambiente de campo.

¿Por qué son tan frecuentes en nuestra campaña los casos de sifilización?

La causa que más fácilmente favorece la formación de estos focos es que, cuando el enfermo consulta al médico, lo hace generalmente en pleno período secundario, cuando, por

el ambiente en que vive y que luego describiré, ya ha tenido oportunidad de contaminar a quienes lo rodean.

El que un sifilítico aparezca en esas condiciones a consultar con el médico responde a dos factores que merecen ser puestos en evidencia:

Primero. Las características de la enfermedad y la interpretación que se da a las fases sucesivas de aparición de los distintos síntomas.

Para mejor comprender esto, hay que tener presente que nuestro paisano no es, en general, un hombre de intensa vida genital. Vive en el campo, abstraído en las tareas que requieren diariamente la labranza o en continuo galopar a través de llanuras y cuchillas destinadas a ganadería, sin contar los períodos de labor intensa y ruda de la siega y las trillas, de la yerra y la esquila, en que de sol a sol, durante varios días, no abandona el trabajo sino para comer y descansar. Sólo muy raras veces se traslada a la ciudad, donde, comprando las caricias de Venus, satisface sus instintos genésicos. Esto sucede generalmente en ocasión de festividades religiosas o festejos patrióticos y en oportunidades de fiestas o recordaciones familiares como son bautizos y casamientos, entierros, misas y funerales.

Tan es cierto esto, que las sacerdotisas del placer de tierra adentro están acostumbradas a ver aumentar los ingresos que les proporciona su profesión, con motivo de las aglomeraciones de paisanos en la ciudad, por una u otra de las causas arriba apuntadas.

Quiere decir esto que nuestro paisano, alejado comúnmente de las solicitaciones genésicas, aprovecha la coyuntura, no muy frecuente, de su estada en la ciudad para sacrificar en el altar de Venus.

Si a raíz de una de estas incursiones se hubiere contaminado una sífilis, su sifiloma primario recién hace su aparición unos veinte días después. Desconocedor de esta característica de la enfermedad, como lo es, por lo demás, la generalidad de las gentes, ya sean de la ciudad como del campo, con una no muy desarrollada mentalidad que sólo le permite ver la relación de causa a efecto, cuando éste sigue muy de cerca a aquélla, considera la lesión tan tardíamente aparecida, y que muy a menudo es de nimia importancia aparente, como una afección banal producida por cualquier circunstancia fortuita (roce, golpe, etc.). A lo sumo habla de ella con un amigo al que considera más listo o algo entendido,

cuando no a un curandero, y de los consejos que recibe sale una medicación desinfectante cualquiera, que a menudo determina la cicatrización aparente de dicha lesión. Y ahora surge el

Segundo. La medicación casera o, más bien dicho, vulgar, del sifiloma.

Si éste tarda en curar, o debido a la aparición de la adenitis inguinal correspondiente, el enfermo va a consultar con un farmacéutico o con el ayudante del mismo, porque *"tiene un "chancro"* o *"porque le ha salido un bubón"*.

Esta consulta tiene por resultado una nueva medicación, que al paciente se le antoja más científica porque procede de personas a quienes cree competentes, y abre un nuevo compás de espera para ver los resultados de *los polvos secantes* sobre el chancro o de la pomada que debe *disolver* o *madurar* el bubón. Como resultado de todas estas andanzas, uno, y a veces dos meses después de haber aparecido el chancro, muy a menudo cuando éste está cicatrizado, dejando su residuo de esclerosis dérmica, el nuevo sifilítico se decide a consultar al médico. Este comprueba, casi siempre, una sífilis en plena erupción secundaria; el enfermo se queja de cefalalgia, de dolores óseos; le duele la garganta y está afónico; muestra las manchas de la roseola, el ectima del cuero cabelludo, la alopecia en *clairière*, pápulas, rupias, placas mucosas, en fin, todo un cuadro ante el cual el médico, mirando desde lejos, hace el diagnóstico sin previo examen; no necesita pedir auxilios al laboratorio para comprobar una reacción Wassermann positiva, y practica inmediatamente una inyección intravenosa.

Y éstos, señores, son los casos más comunes, son los casos de todos los días, en que, además, el médico debe recordarle a ese paciente aquella *lastimadura*, aquella *llaga*, que uno o dos meses antes notó en su miembro viril, a la cual no dió importancia alguna y que curó con remedios más o menos caseros, porque tal *llaga* en ese momento ha caído en el olvido. Algunos he visto que con ojos asombrados me preguntaron: "¿Y usted cómo sabe que yo tuve eso?".

Esta es la historia de la enfermedad en la mayor parte de las sífilis que vemos en nuestros consultorios de campaña.

¿Qué ha sucedido durante los últimos días que precedieron a la consulta médica? El enfermo, con sus lesiones en plena actividad, ha seguido la vida ordinaria, en familia, en rueda de amigos, en la pulpería, y ya ha sembrado la enfermedad

alrededor suyo. Esta es la causa que favorece la sifilización entre nuestros hombres de campo: la vida social que llevan los rurales y el ambiente en que se desarrolla.

En mi trabajo "La vivienda en campaña", presentado a la Primera Conferencia de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, realizada en 1916, he tenido oportunidad de describir nuestro ambiente campesino, en lo que se relaciona con el contagio de dicha enfermedad: en éste sólo agregaré algunas rápidas observaciones, que explicarán cuán fácil e intensa puede ser la difusión de la sífilis en nuestra campaña.

En general, las viviendas son sumamente reducidas para el número de habitantes, y éstos viven en un hacinamiento que está reñido con las más imprescindibles nociones de higiene individual y colectiva, y en ellas, y no hablo de las más pobres, son desconocidas en absoluto aquellas pequeñas comodidades a que está acostumbrado el humilde bracero de las grandes ciudades.

En el patio de la casa hay un pozo, cuyo balde sirve de copa a sus habitantes y a los extraños, cuando necesitan apagar la sed; en otros casos, del barril lleno de agua sacada del vecino arroyo, se extrae el líquido elemento con un jarro que sirve para todos. En la mesa de esa familia, cuyo comedor, por lo reducido de la vivienda, es a veces la misma cocina, se sientan, a la hora de la comida, junto con los componentes de ella, personas extrañas, y un jarro de agua pasa de boca en boca. Una botella de caña, o de una mezcla más o menos acuosa de ella, pasa de labio en labio, durante la siega y las trillas, durante la yerra y la esquila, para apagar la sed de esos hombres que, bajo el ardiente rayo del sol, sudorosos sus cuerpos, secas sus fauces y jadeantes sus pechos, colaboran en el engrandecimiento del país, aumentando sus riquezas con los productos agropecuarios, que constituyen las verdaderas minas de oro del Uruguay. Y, al finalizar la ruda tarea del día, hombres, mujeres y niños rodean la mesa y concluída la cena, el mate pasa de mano en mano y su bombilla de boca en boca, mientras la expansiva lengua del paisano narra historias de tiempos idos y se festejan con sana y ruidosa carcajada las ocurrencias más salientes de la labor del día.

Todos están contentos, todos ríen, pues el alma se llena de alegría, cuando la mente piensa que el trabajo realizado aporta para cada cual una mayor dosis de bienestar y hace vislumbrar un futuro próspero y halagador.

Otra faceta del mismo ambiente. Frente a la iglesia: un

gran número de carruajes indica la realización de una boda o un bautizo. Concluída la ceremonia, los concurrentes, en el coche que los conduce a sus casas, situadas a muchas leguas de distancia, se pasan unos a otros una botella de bebida alcohólica, que calienta la sangre y alegra el cerebro. Esta escena se repetirá por la noche en casa de los novios o en la del padre afortunado cuyo hijo recibió el agua bautismal, durante el baile, que será el broche de oro con que finalizará ese día de jolgorio.

Y estas escenas pueden repetirse al infinito, en las múltiples manifestaciones colectivas del ambiente de nuestra campaña.

Es de suponerse las mil oportunidades que, en este ambiente, que sólo he bosquejado, encontrará un sifilítico para difundir su dolencia, cuando sus lesiones estén en actividad.

¿Qué debemos hacer en campaña para evitar el desarrollo de una enfermedad que envejece prematuramente al hombre y degenera y mata la raza?

En esto no es posible hacer innovaciones, pues todo el mundo está de acuerdo en que para evitar la difusión de la sífilis es menester, ante todo, impedir que el sifilítico llegue al período secundario de su enfermedad; y esto se consigue mediante el *diagnóstico precoz de la sífilis*. Este diagnóstico precoz, necesario e indispensable para toda sífilis, aparezca ella en la ciudad o en el campo, en el palacio o en la más oscura bohardilla, en el más encumbrado de los hombres o en la más mísera de las mujeres, es más necesario aún, dado lo dicho anteriormente, cuando se trata del habitante de nuestra campaña. Este diagnóstico precoz, que permite un tratamiento eficaz cuando, tal vez, el treponema no ha llegado aún a intoxicar sino superficialmente las células de nuestro organismo, cuando probablemente su presencia en éste es casi sólo un accidente exterior, que no ha llegado aún a modificar nuestros humores, es el único que puede hacer pensar en la curación absoluta de una enfermedad que quizá no haya comenzado aún; es el único que está próximo a la vieja máxima de la medicina: *"Prevenir es curar"*. Es este diagnóstico precoz el que impedirá la eclosión de los accidentes secundarios y, por consiguiente, pondrá al nuevo sifilítico en la imposibilidad de propagar su enfermedad.

¿Cómo debe hacerse el diagnóstico precoz de la sífilis?

Es necesario reconocer que el diagnóstico clínico es muy falaz y la conducta de un médico frente a un chancro debe basarse sobre estas premisas, antes de dar un fallo definitivo:

Primera. — Es difícil, si no imposible, diagnosticar seguramente la naturaleza de un chancro por sus caracteres macroscópicos.

Segunda. — La multiplicidad de chancros no descarta la posibilidad que, entre los muchos simples, haya uno sifilítico.

Dadas estas premisas, el médico no puede, con la sola clínica, afirmar la naturaleza del chancro, y aún cuando todo le indujera a plantear el diagnóstico de "Chancro sifilítico", mal haría en conformarse con él, sin echar mano de otros medios que lo confirmaran; por otra parte, es preferible, desde que existe siempre la duda, que el médico piense en la posibilidad de un chancro sifilítico. Otra razón debe obligar al médico a pensar de este modo y proceder en consecuencia. La sífilis es la enfermedad más difundida hoy y la que se extiende con mayor facilidad: ella figura con un porcentaje enorme en la etiología de las afecciones más diversas. Se manifiesta al médico: 1.° en sus comienzos, como enfermedad aguda en las manifestaciones de ese secundarismo sumamente contagioso, que, cual enfermedad eruptiva, puede dar origen a verdaderos focos epidémicos; 2.° como causa determinante, y que fué desconocida durante muchos años, siendo puesta en evidencia gracias a los progresos de las investigaciones de laboratorio, de un sinnúmero de enfermedades y, en especial, de las cerebrales y mentales, que frecuentemente aparecen en sujetos que siempre se creyeron indemnes de ella porque ese período secundario, muy fugaz y atenuado, pasó sin llamar la atención del enfermo o del médico; 3.° como enfermedad ancestral, que deja impresa su señal en generaciones enteras, emanadas de un tronco sifilítico. Frente a este avance avasallador de la enfermedad, el médico tiene el deber de conciencia de despistarla cuando recién empieza, es decir, en el sifiloma primario, para evitar, gracias al tratamiento severo y eficaz de ella, que intervenga como factor determinante en la patología futura del individuo y de la especie.

Hemos llegado a un punto en que el médico a quien pasara desapercibido un sifiloma primario, y no hablo de las manifestaciones secundarias, porque está de más, debe considerarse culpable de un error de diagnóstico de aquellos que

Martinet, en su hermosa obra "Diagnóstico clínico", clasifica como errores por "*ignorancia crasa*", y entre los cuales cita un caso diagnosticado de ascitis cuatro días antes de un parto.

Debemos, pues, recurrir en todo caso de úlcera venérea o de ulceración sospechosa de la boca o el ano, a medios que nos den la seguridad en el diagnóstico y, afortunadamente, hoy la medicina cuenta con el laboratorio, que puede asegurar el origen sifilítico de una lesión gracias a la investigación del treponema o a la reacción de Wassermann.

La investigación del treponema

Es un método de laboratorio de excelente aplicación sobre un chancro virgen de todo tratamiento antiséptico. Nos encontramos frente a dos dificultades formidables:

Primera: Método de laboratorio: para el cual se necesita un *outillage* adecuado y un técnico preparado; ambas cosas difíciles de encontrar en campaña. El médico de ella, en general, no puede tener una preparación que le permita abarcar profundamente las diversas exigencias de la ciencia; debe ser un ecléctico de ella, con alguna dedicación algo mayor en tal o cual rama y, menester es confesarlo, en lo que se refiere a la técnica del microscopio, no tiene, ni se le puede exigir, ninguna, desde que en la misma Capital, todo lo que está relacionado con ella, es abandonado en manos de institutos idóneos.

Explicado que el médico de campaña no puede ser un técnico en microscopio, es obvio deducir que en ella no se encontrará el *outillage* necesario.

Para salvar estas dificultades, el ideal sería que el Instituto Profiláctico de la Sífilis, que tiene por ley la misión de instalar dispensarios en los departamentos, los proveyera de los útiles necesarios para la investigación del treponema y exigiera a los directores de los mismos, capacidad técnica suficiente para tal búsqueda. Esto es imposible o casi, pero a dichos directores se les podría exigir, por lo menos, que supieran hacer preparaciones para ser enviadas al Laboratorio Central.

Segunda: Chancro virgen de tratamiento antiséptico. Dado lo dicho más arriba, por lo general, el chancro que vemos ha sufrido ya varios tratamientos extemporáneos y el treponema puede haber desaparecido. Para evitar este

inconveniente, es necesario ilustrar al pueblo, haciéndole saber que todo chancro puede ser de origen sifilítico, y prohibir, bajo penas severísimas, que en las farmacias se expendan los medicamentos antisépticos comunes a personas que los soliciten para úlceras venéreas. Hasta podría obligarse a las farmacias a no vender ninguna sustancia antiséptica sin anotarla en un libro especial, en el cual constara: nombre y apellido del comprador, fecha de la compra, medicamento vendido, uso para que ha sido comprado, según declaración del comprador, y firma de éste.

Cuando se comprobara en los dispensarios, por la historia clínica, la intervención de la farmacia en el tratamiento sufrido por el chancro de un nuevo sifilítico, el farmacéutico sería el verdadero responsable del retardo en el diagnóstico precoz de la sífilis, y podría hacérsele efectiva, por denuncia del Instituto Profiláctico, la sanción fijada por el Consejo Nacional de Higiene para esta infracción.

LA REACCIÓN DE WASSERMANN

Esta reacción se reservaría para los chancros en los que, por una u otra causa, no se encontrara el treponema. Es una reacción que aparece tardíamente (en un caso personal no apareció hasta los quince días, por lo menos, en el portador de un chancro en que, con todos los caracteres de sifilítico, no se pudo hallar el treponema, por haber sido tratado antes antisépticamente), pero, por suerte, es siempre anterior a la aparición de los accidentes secundarios.

Si la reacción Wassermann es casi siempre anterior a la aparición de éstos, no tenemos, sin embargo, el derecho de pedirle lo que no puede darnos: es decir, el diagnóstico de chancro sifilítico, cuando éste recién hace su aparición. Cuando utilicemos la reacción Wassermann para fijar un diagnóstico dudoso, recordemos lo tardío de su aparición, y si ella es negativa, no caigamos en el error de negar la enfermedad; continuemos observando al enfermo, repitamos la reacción Wassermann a intervalos regulares durante un plazo prudencial, y sólo si ella se mantuviera negativa, estaremos habilitados para negar, con certidumbre casi completa, la existencia de la sífilis. Así se podrá evitar el siguiente caso personal: A. P., sífilis en pleno y avanzado período secundario. No cree en el diagnóstico, porque, a los tres o cuatro días de la aparición de un chancro, se hizo una reacción Wassermann que fué negativa, y le fué afirmada la banalidad de la lesión. To-

dos sus síntomas cedieron al tratamiento mixto e intensivo: cada tres días alternaba una inyección de 0 gr. 05 de Hg. (aceite gris), y dosis crecientes de neosalvarsán. He perdido de vista al enfermo, que en otra población sigue su tratamiento.

De todo lo dicho se deduce que, para hacer el diagnóstico precoz de esta enfermedad, es necesario investigar el treponema y, en caso de fallar esta búsqueda, acudir a la reacción de Wassermann. Conseguido el diagnóstico precoz de la enfermedad, el nuevo sifilítico tiene grandes probabilidades de curar radical y rápidamente su infección, como lo prueban las observaciones siguientes, de las cuales, la primera de ellas, debe constar en los archivos de mi colega el doctor José May, que también asistió al enfermo.

A. C., chancro con todos los caracteres de sifilítico. Se presenta en mi consultorio el 6 de febrero de 1917.

Reacción de Wassermann (doctor A. Scaltritti), H^0 el 23 de febrero de 1917.

Tratamiento: 28 de febrero de 1917, novoarsenobenzol Billón, 0 gr. 15 ctgrms.; 7 de marzo de 1917, novoarsenobenzal Billón, 0 gr. 30 ctgrms.; 14 de marzo de 1917, novoarsenobenzal Billón, 0 gr. 45 ctgrms.; 21 de marzo de 1917, novoarsenobenzol Billón, 0 gr. 60 ctgrms.

El enfermo no volvió más a mi consultorio, y sólo el 22 de marzo de 1918 consultó con el doctor May, quien hizo una reacción Wassermann, que dió por resultado H^8.

El 28 de agosto de 1918, R. W. H^8. El 17 de agosto de 1919, R. W. H^8. El 16 de diciembre de 1919, R. W. H^8. El 17 de mayo de 1920, punción lumbar L. C. R. W. H^8. Linfocitos 0.8 mm. cb. El 4 de octubre de 1921, H^8. Nonne negativo.

Otra observación más reciente:

F. A. El 7 de octubre de 1919 lo veo en consultorio, portador de un chancro virgen de todo tratamiento y aparecido cuatro o cinco días antes, cuyos caracteres me hacen sospechar un sifiloma primario: lo envío a la Capital y el doctor Scaltritti encuentra en esa lesión el treponema (análisis 8340).

Con fines de observación se me ocurrió ensayar en este enfermo, tan precozmente sometido a medicación antisifilítica, la acción de las altas dosis de neosalvarsán, para comprobar los resultados de la famosa *terapia sterilisans magna* de Ehrlich, a pesar de constarme su caída en el descrédito y que,

confieso, no he puesto en práctica en ningún otro enfermo. Procedí en este caso del siguiente modo:

9 de octubre de 1919, neosalvarsán Ehrlich, 0 g. 90 ctgs.;
16 de octubre de 1919, neosalvarsán Ehrlich, 0 g. 90 ctgs.;
24 de octubre de 1919. neosalvarsán Ehrlich, 0 g. 90 ctgs.;
31 de octubre de 1919, neosalvarsán Ehrlich, 0 g. 90 ctgs.

En total 3 grs. 60 de neosalvarsán, en el intervalo de 22 días, que el enfermo toleró perfectamente. El chancro desapareció a los cinco días de efectuada la primera inyección, y el 23 de diciembre de 1919 la reacción Wassermann fué H^8. El 14 de agosto de 1920 se mantenía negativa. No se ha practicado la punción lumbar, pues se trata de un enfermo que, a pesar de todas mis advertencias, se considera curado y ni a repetidas instancias mías ha concurrido a extraerse sangre para una reacción Wassermann que pensé practicar con motivo de la presentación de este trabajo.

Creo haber demostrado lo que vale, sobre todo para la profilaxis, el diagnóstico precoz de la sífilis. En cuanto a su valor en el tratamiento, comprendo que dos casos no constituyen una prueba concluyente, pero me consta que la impresión que tienen todos mis colegas al respecto, coincide, en general, con mi modo de encarar esta cuestión.

Este modo de pensar lo corrobora la descripción de un caso personal, que mostrará cuán rebelde es la sífilis cuando su diagnóstico se hace tardíamente.

A. M. F., 24 años. En 1898, es decir, a los cinco años de edad, el doctor J. Brito Foresti le diagnosticó una sífilis en pleno período secundario, adquirida por contagio de una sirvienta, según fué dado comprobarlo o suponerlo. El niño, después de seguir durante un año el tratamiento mercurial en boga en aquella época (fricciones e ingestión), pareció curado, y la familia, viéndolo crecer sano y robusto, no se preocupó más del terrible diagnóstico.

En octubre de 1917 comienzo a asistirle por una afección cutánea, que, al principio, creí fuera una piodermitis, pero, frente a los caracteres sospechosos de las lesiones dérmicas, investigué la sífilis: el padre me contó los antecedentes expuestos. El seis de noviembre, R. W. H°. Creyendo pudiera haber una lesión de sífilis nerviosa, el 10 de noviembre se analiza el L. C. R.

R. W. H^8. Linfocitos 0.7 mm. cb. Nonne negativo.

Comienzo el tratamiento que resumo en el siguiente cuadro:

FECHAS	Número de inyecciones	Medicamento empleado	Cantidad	R. W.
Del XI-17 al 24-III-18 .	20	Novoarsenobenzol Billón	15 grs. 30 cgs.	—
El 16-VIII-18	—	—	—	H°
Del 27-VIII-18 al 7-II-19	23	Novoarsenobenzol Billón	14 grs. 45 cgs.	—
El 12-III-19	—	...	—	H°
Del 13-III-19 al 15-I-20.	40	Novoarseno y Neosalvars.	30 grs. 45 cgs.	—
El 18-II-20.	—	—	—	H°
Del 14-III-20 al 2-X-20 .	14	Neosalvarsán	10 grs. 35 cgs.	—

En total: fueron inyectados 70 grs. 55 cgs. de 914 Erhlich o Billón.

Aquí concluye mi observación. No he vuelto a practicar la R. W. y he perdido de vista al enfermo, posiblemente desilusionado por el fracaso del tratamiento.

Es interesante observar la acción aparentemente nula del medicamento sobre la R. W. de este enfermo, cuya sífilis ha permanecido latente durante veinte años, sin determinar en él accidentes que indicaran su presencia en el organismo. Esto nos muestra claramente la necesidad imperiosa de medicamentar al sifilítico tan pronto como podamos clasificarle como tal; primero, para evitar la impregnación de su organismo por el treponema y sus toxinas, y segundo, para impedir en lo posible el ataque de las meníngeas y la aparición de una neurosífilis, cuya curación requiere un tratamiento tan largo como lo ha requerido la sífilis humoral del caso que presento.

LA PROSTITUCIÓN

Si en lo que va del presente informe se trata de evitar el contagio de la sífilis por todo nuevo sifilítico, impidiéndole llegar a su período secundario, debemos también evitar que aparezcan nuevos avariosos, y como la sífilis es una enfermedad eminentemente venérea, debemos, sobre todo, preocuparnos de las mujeres y en especial de las prostitutas. La situación de los órganos genitales femeninos, al revés de los masculinos, hace que sus lesiones escapen al contralor de la vista, y las características de ellas, generalmente indoloras, las hacen pa-

sar desapercibidas, por lo cual muy a menudo una mujer contagia sin saber que está enferma.

Agrégnese a esto que las prostitutas son sifilíticas en su mayoría, pudiendo afirmarse también, sin temor a equivocación, que lo son en su totalidad, y lógicamente se desprende la vigilancia que debe ejercerse sobre ellas.

Esta vigilancia debe hacerse por medio de R. W. periódicas, seguidas de tratamientos, también periódicos, en caso de ser positiva, a practicarse en toda localidad donde ejerzan su profesión, y digo tratamientos periódicos, porque estas mujeres están acostumbradas a frecuentes cambios de domicilios.

Además, los resultados de la R. W. deben ser inscriptos en las libretas respectivas, y éstas deberán tener, también, páginas destinadas a anotar el tratamiento a que son sometidas en cada localidad.

Esta es otra tarea a que deben estar obligados los dispensarios a crearse, a requerimiento de las autoridades sanitarias, pues tal medida servirá de base para el médico encargado de la inspección de prostitutas en cada ciudad en que éstas fijaran nueva residencia.

Este procedimiento conducirá a una terapéutica más rigurosa que la seguida hoy para con esas mujeres, puesto que su vigilancia es suficientemente severa, como lo comprueba el hecho que, en los seis años que ejerzo el cargo de Médico del Servicio Público en el departamento de San José, son contados los casos de sífilis activa encontrados en dichas prostitutas, en las cuales, debido a su paso periódico por el Sifilicomio Germán Segura y al procedimiento seguido en él (R. W. a toda prostituta que ingresa y tratamiento durante su estada hasta esterilización clínica), es raro que la enfermedad se haga nuevamente activa durante los pocos meses que gozan de esa libertad que tanto desean y que, por una u otra razón, es limitada por el reingreso en el Sifilicomio en breve plazo.

En dicho departamento he puesto en práctica, desde hace dos años, una norma de conducta respecto a las prostitutas en cuya libreta está anotado el resultado positivo de la R. W. que les fué practicada durante su estada en el Sifilicomio, y que, como digo más arriba, constituyen la inmensa mayoría, casi la totalidad.

Esas mujeres, durante el tiempo que ejercen su comercio en la ciudad, son enviadas por mí, a intervalos regulares (ca-

da dos o tres meses), al Hospital San José, para que se les haga un tratamiento arsenical (6 u 8 inyecciones).

Probablemente este modo de proceder es el que ha determinado la casi desaparición de la sífilis activa entre las prostitutas inscriptas, sometidas a Inspección Sanitaria en mi departamento.

Pero el peligro no está en ellas precisamente, sino en la prostitución clandestina, tan difundida en los suburbios de las ciudades de campaña, en los ranchos pobres de los centros de población del departamento, en un ambiente extraño, donde viven hermanados la miseria y el hambre, la haraganería y el vicio, la suciedad y la enfermedad. En ese ambiente, los padres venden a sus hijas por un plato de lentejas, a veces después de haberlas desflorado; las madres también se venden, mientras su cuerpo es joven y sus carnes apetecidas; el amante vive con lo que producen las caricias de la mujer en la entrega de sus favores al que mejor paga, y durante el día son esas mismas mujeres las que trabajan en las casas de la ciudad como sirvientas, llevando a ellas el germen con que, por la noche, fueron contaminadas.

¿Se dirá que debe perseguirse la prostitución clandestina?

Pero a esta objeción contestaré con una pregunta. ¿Quién será el encargado de perseguirla? ¿Acaso la policía? ¡Institución sospechosa y sospechada en nuestra campaña, donde sólo es objeto de críticas acerbas y de ataques continuos! En esta lucha contra la prostitución clandestina, hasta se me ha dado el caso de que un procurador se presentara ante el Juzgado Letrado Departamental entablando el recurso de *Habeas Corpus*, con motivo de haber dispuesto, como Médico del Servicio Público, el traslado de tres mujeres al Sifilicomio Germán Segura, y eso que se trataba de inscriptas como prostitutas en el Registro de la Capital.

Debo hacer constar, en honor a la verdad, que el escrito no fué aceptado por la autoridad judicial.

Sin embargo, desde el punto de vista de la profilaxis de la sífilis, es posible hacer algo contra la prostitución clandestina sin extremar rigores, puesto que es muy difícil probar el hecho, y ello sería obligar a toda mujer sospechosa a concurrir a los dispensarios para practicarle la reacción Wassermann y, en caso de comprobarla positiva, aún sin lesiones contagiosas, aconsejarle el tratamiento, y, si se negara, someterla forzosamente a él.

A pesar de todo, no dejo de ser partidario de la represión enérgica de la prostitución clandestina, que sería el *desidera-*

tum, siempre que la comprobación de ella fuera legalmente más fácil que en la actualidad.

Antes de terminar este trabajo, voy a permitirme relatar un caso de mi archivo profesional, por las enseñanzas que sugiere:

J. O., notándose una tumefacción bucal, consulta con el cirujano dentista don Guillermo J. Bozzo, quien se encuentra frente a una lesión de dudoso origen dentario y sospecha pudiera tratarse de un sifiloma primario. El enfermo se presenta en mi consultorio y me hace conocer la opinión de aquel profesional. Pero en ese momento la lesión ha desaparecido casi por completo (por razones que no es del caso exponer aquí, el enfermo ha acudido a mí algún tiempo después de ser examinado por el dentista); apenas observo en el paladar una zona algo distinta del resto de la mucosa, y ni siquiera me es posible hacer un diagnóstico de probabilidad. Sin embargo, la sospecha nacida en el ánimo de aquel profesional, me lleva a practicar una R. W. Esta fué positiva total. El enfermo fué sometido a riguroso tratamiento, y hoy puede considerarse curado, sin haber tenido ni siquiera una de las manifestaciones secundarias de la sífilis.

Este caso nos hace palpar cuán necesaria es la colaboración de los odontólogos en la lucha contra esta enfermedad, que en todos sus períodos, produce lesiones que muy a menudo pueden ser observadas antes por el dentista que por el médico. De aquí que aquellos profesionales deban tener una preparación especial que les permita despistar la sífilis en todas sus manifestaciones bucales, y, por lo dicho en el correr de este trabajo, sobre todo en el estado de sifiloma primario.

Como puede fácilmente verse, este humilde trabajo sólo pretende reflejar lo que he visto y observado en nuestra campaña, con el solo objeto de que mis observaciones puedan servir para obtener la disminución de la sífilis en ella. En él no se encontrará ninguna novedad en lo que a profilaxis de esa enfermedad se refiere, puesto que no es posible modificar fundamentalmente las normas que permiten detener el desarrollo de una epidemia según el lugar en que ella aparezca.

En el correr del presente informe, he tratado de exponer los hechos que me llevan a formular las siguientes

CONCLUSIONES

Primero. — En campaña es necesario una intensa propaganda:

a) Para que en nuestros campesinos se haga carne la sospecha de que toda llaga venérea y aún bucal puede ser de origen sifilítico.
b) Para que nuestros hombres de campo lleguen a comprender que la sífilis es una enfermedad que muchas veces está latente en nuestro organismo, sin que nos apercibamos de ello, por lo cual es conveniente que toda persona que padece de alguna enfermedad aparentemente incurable se haga un análisis de sangre (Reacción de Wassermann).
c) Para que sea abandonada la costumbre del mate en común y, en general, el uso en común de todo utensilio que deba llevarse a la boca.

Segundo. — El Instituto Profiláctico de la Sífilis. al crear los Dispensarios Departamentales, debe hacerlo en la forma que ellos realicen las tareas siguientes:

a) Investigación del treponema o, por lo menos, práctica de preparaciones para hallarle.
b) Práctica de la R. W. o, por lo menos, rápida obtención del resultado de ella en la sangre remitida al Laboratorio Central.
c) R. W. periódica de las prostitutas inscriptas y en las sospechosas clandestinas, a requerimiento de los Médicos del Servicio Público, y anotación del resultado en las libretas respectivas.
d) Tratamiento antisifilítico de las prostitutas inscriptas y su anotación correspondiente en las mismas libretas.
e) Que hagan la R. W. a requerimiento de todo profesional (médicos, dentistas, parteras).

Tercero. — Que los farmacéuticos coadyuven en la obra de profilaxis, no expendiendo medicamento alguno para la curación de ulceraciones genitales, para lo cual se podrá reglamentar la venta de los antisépticos en la forma enunciada.

Cuarto. — Persecución a la prostitución clandestina o, por lo menos, someter a la R. W. a todas mujeres que, por simple denuncia policial, fueran sospechosas de ejercerla.

Quinto. — Los médicos encargados de la Inspección Sanitaria de la Prostitución en campaña, deben someter a las prostitutas inscriptas a la R. W. periódica, en caso de ser negativa.

Sexto. — Los mismos funcionarios deben vigilar que las prostitutas inscriptas continúen el tratamiento antisifilítico en los Dispensarios Departamentales, mientras la R. W. permanezca positiva.

De acuerdo con lo expresado respecto a la obscura mentalidad de nuestros paisanos y a la necesidad de una propaganda intensa entre ellos, que planteo en las precedentes conclusiones, he creído conveniente redactar un cartel para dicha propaganda, que diga así:

LA SÍFILIS

" Es una enfermedad contagiosa que puede transmitirse
" por el acto sexual o por la boca.

" El mate es, después del coito, el principal medio de
" contagio.

" No se lleve núnca a la boca lo que estuvo en boca ajena,
" porque la sífilis es una enfermedad que muchos la tienen sin
" saberlo y pueden contagiarla a los demás.

" La sífilis es la causa desconocida de muchas enfermeda-
" des de marcha crónica. El único modo de saber si una per-
" sona tiene sífilis es haciéndole un análisis de la sangre.

" Este análisis se hace en los Dispensarios Departamenta-
" les.

" La sífilis es curable cuando se ataca desde que empieza.

" La sífilis empieza por una llaga que aparece en los ór-
" ganos genitales o en la boca.

" Toda persona que tenga una llaga en éstos puntos debe
" acudir inmediatamente al médico o al Dispensario antes de
" hacerse ningún remedio".

CONCLUSIONES GENERALES

1.° Necesidad de hacer una intensa propaganda gráfica, sobre todo dada la limitada cultura general de la población, mostrando que toda llaga venérea y aún bucal puede ser de origen sifilítico: haciendo comprender a esa población que la sífilis es una enfermedad que muchas veces está latente en

nuestro organismo sin que nos apercibamos de ello, por lo cual es necesario que toda persona que padece de una enfermedad crónica se haga un análisis de sangre y no dé oídas a consejos curanderiles y, finalmente, aconsejando por todos los medios para que sea abandonada la costumbre del uso en común de todo utensilio que se lleve a la boca.

2.° Necesidad de que la vigilancia de la prostitución sea practicada a base de la sistematización de la R. W. en toda mujer inscripta y en aquellas que ejercieran la prostitución clandestina, debiendo prestársele, además, la asistencia necesaria.

3.° Es necesario que los farmacéuticos coadyuven en la obra de profilaxis, no expendiendo medicamento alguno para la curación de ulceraciones genitales, para lo cual se podría reglamentar la venta de los antisépticos en la forma indicada en el presente informe y penar severamente esta infracción, por intermedio de los Consejos de Higiene Pública.

La lucha social contra las enfermedades venéreas

POR LA DOCTORA PAULINA LUISI (Montevideo)

Secretaria y fundadora del Comité Abolicionista Argentino-Uruguayo
Miembro Honorario de la Liga Chilena de Higiene Social
Miembro de la Sociedad Francesa de Eugénica
Miembro de la Sociedad Francesa de Profilaxis sanitaria y moral
Miembro corresponsal del Comité Nacional Francés de Higiene Social y Educación Profiláctica
(Ministerio de Higiene, etc. etc.)

Existe en el espíritu de los médicos y de los higienistas, a propósito del problema de la profilaxis antivenérea, una idea madre que hasta ahora ha dominado toda norma de criterio: la supuesta indivisibilidad entre la lucha contra las enfermedades venéreas y la lucha contra la prostitución.

"No puede pensarse en la profilaxis de las enfermedades venéreas, dice Ciarrocchi, sin pensar al mismo tiempo en la prostitución.

"Este prejuicio, justificado, si se quiere, ha desviado el espíritu de los higienistas de tal manera que no conciben medidas contra la difusión de aquéllas, sin relacionarlas con los métodos de sanear la prostitución".

En el terreno de las enfermedades venéreas, los higienistas

están todavía bajo la influencia de las arbitrarias disposiciones legislativas y sanitarias que arrancan del para siempre famoso Código Napoleón.

Bajo esta sugestión, cuasi medioeval, reñida en absoluto con los progresos de las ciencias, la Higiene se ha mostrado hasta ahora incapaz de desligar el problema de la profilaxis del problema social de la prostitución.

Sin embargo, es necesario que ella oriente sus esfuerzos en este sentido, si quiere arribar a algún resultado positivo para la salud pública. El problema social de la prostitución se complica día a día, a medida de la mayor complejidad de la vida de nuestras sociedades. Su solución, lejos de vislumbrarse, se va alejando en la medida de la dificultad con que todo el problema social se agrava, dado que la prostitución no es más que la expresión de una de sus fases.

Es, pues, urgente que la Higiene consiga realizar su cometido, buscando una solución que abarque todas las fases del problema de la profilaxis, sin pretender, al mismo tiempo, resolver la cuestión social de la prostitución.

Por otra parte, la profilaxis antivenérea ha sido obstaculizada en sus esfuerzos por el criterio distinto con que se la ha encarado, a diferencia de las demás enfermedades infecciosas.

En efecto: en todas las cuestiones de profilaxis y de higiene, se dedican los esfuerzos a combatir al mismo tiempo todos los factores de contagio, que son, si mal no recuerdo, el microorganismo, el foco y los vehículos de diseminación, que van, a su vez, a constituir otros focos, En el caso de las enfermedades venéreas, los vehículos de diseminación se convierten, al mismo tiempo, en otros tantos focos de contagio.

En la asociación, dentro de las medidas de orden profiláctico que se han tomado hasta el presente contra las enfermedades venéreas, se ha cometido el doble error de confundir en un conjunto único la prostitución como foco de contagio y la prostitución como producto de la mala organización social. Por otra parte, se ha dejado en el más absoluto descuido el factor vehículo, tan importante como los otros en la trasmisión de la enfermedad.

De ahí, en su mayor parte, la razón del fracaso de las medidas de higiene y profilaxis en la lucha contra las enfermedades venéreas, en la cual no podemos comprobar progreso alguno, antes bien, deberíamos, para ser leales, consignar la más fraudulenta y escandalosa bancarrota.

Para ser eficaces, las medidas profilácticas deben ocuparse. al mismo tiempo de todos los factores del contagio.

¿Qué se ha hecho hasta ahora?

Indudablemente, desde el punto de vista de la propagación de las enfermedades venéreas, la prostitución puede muy bien compararse a cualquier otro foco de infección microbiana, dado que los portadores de treponemas, gonococos u otros de índole semejante, depositan en los órganos de la mujer los más o menos abundantes cultivos de que son portadores, y que son, a su vez, tomados por otro visitante que se encarga de su diseminación. Desde este punto de vista, la prostitución no desempeña más papel que el de cualquier otro depósito de microorganismos. Está, pues, fuera de discusión, la necesidad de ocuparse con seriedad y eficazmente de ella.

Los procedimientos draconianos empleados hasta el presente, ¿han producido los resultados que pretendían alcanzar?

Estos procedimientos, con más o menos variaciones, se basan, más o menos disfrazadamente, en la persecución de las mujeres que se entregan al comercio carnal, su inscripción en registros para poder fiscalizarlas, la intervención, más o menos encubierta, de la acción policial, hermana gemela e indispensable de la vigilancia médica obligatoria; en una palabra, se basan en el sistema administrativo conocido con el nombre de reglamentación de la prostitución.

Es fácil apreciar la medida de su eficacia, desde más de un siglo que ellos están en vigencia, por los resultados obtenidos. ¿Nótase, desde su aplicación, alguna disminución sensible en la propagación de las enfermedades venéreas?

No es mi ánimo reproducir aquí las discusiones entre abolicionistas y reglamentaristas, aunque, hoy más que nunca, el tema esté a la orden del día en cuantas reuniones de higiene se han verificado en estos últimos años.

Quisiera solamente llamar la atención sobre la observación anteriormente anotada, de que en materia de enfermedades venéreas, se cae de inmediato en la celebrada *dicotomía* entre la medicina y la policía, llevada a cabo por obra y gracia *de los reglamentos de prostitución.*

Hasta el presente, el eje de la profilaxis antivenérea ha sido la vigilancia y contralor de la prostitución: esto es, la inspección de los focos de contagio.

Caben ahora las siguientes reflexiones: ¿Es posible suprimir estos focos? La organización social nos dice que por el momento no lo es. ¿Es posible impedir que ellos se multipliquen de más en más cada día? ¿Es posible ejercer sobre ellos un contralor capaz de alcanzar la mayoría, por lo menos, de

los focos de contagio? Preguntas todas que la práctica contesta con una negativa, El número de prostitutas sujetas al contralor de los famosos reglamentos disminuye con rapidez, al paso que aumenta singularmente el de las clandestinas. Los empecinados en continuar este sistema se pierden en la búsqueda infructuosa de nuevos sistemas ultra reglamentaristas, que fracasarán, como están llamados a fracasar todos los sistemas a base de coerción.

¿No habría otra forma de perseguir la invasión de los males venéreos? Los métodos liberales, de reciente aparición, están encargados de darnos la respuesta.

Encarando la profilaxis del punto de vista de la higiene, sin meterse en cuestiones sociales, que sólo tendrán solución cuando se resuelva todo el problema social, los métodos liberales van, a la vez, en busca de los focos para sanearlos, y de los diseminadores de microbios para hacerlos inofensivos. Debiendo tenerse en cuenta que unos y otros son seres humanos, los métodos deberán adaptarse a las condiciones sociales que exige la vida colectiva, como el respeto a la libertad individual dentro de las normas establecidas para toda unidad social; el respeto a la dignidad personal, los derechos que sobre la propia salud tiene todo ser humano, y los derechos a que ella sea respetada por los demás; todo ello sin distinción de fortuna, de castas, ni de escala social: ante las leyes naturales de la vida y la muerte, lo mismo que ante las torturas de la enfermedad y del sufrimiento, no hay más que una sola clase, una sola casta: la del ser humano que sufre, y que se muere!

Todas las reglas y disposiciones de la higiene, cuya única finalidad es la custodia de la salud pública, deben descansar sobre estas consideraciones como base; que tampoco tiene derecho a asentarse sobre otras diferentes.

Un primer paso ha sido dado en este sentido, con la creación de los llamados Institutos Profilácticos, inspirados en la ya famosa creación de Vernes, en París, dispensarios antivenéreos basados en la profilaxis racional, a base de higiene y de terapéutica para todo ser humano que se encuentra enfermo, sin distinción de sexo, de modo de vida, de moralidad, ni de fortuna, primer paso hacia la profilaxis científica. donde los conocimientos médicos, puestos a disposición de la humanidad enferma, deberán sustituir a las engañosas medidas utilizadas hasta el presente por la deshonesta comandita de la medicina y la policía, vinculadas por la *unión sagrada* de los reglamentos policiales.

Empiézase, un poco por todas partes, a encarar el problema desde este más racional punto de vista.

La Comisión sobre Enfermedades Venéreas de la "Oficina Internacional de Higiene Pública", volviéndose a ocupar del asunto, y a pesar del informe Faivre, ha expedido sus conclusiones, aprobadas en noviembre de 1919 y comunicadas a los 37 Gobiernos adheridos en 28 de enero de 1920.

Dicen así: "Desde 1914 no ha ocurrido en materia científica acontecimiento alguno que pueda modificar sensiblemente nuestras ideas en materia de profilaxis antivenérea. Pero las experiencias recogidas en los diferentes países sobre la eficacia del tratamiento precoz de las enfermedades venéreas, considerado como tratamiento preventivo, nos obliga a recordar a los Gobiernos las resoluciones anteriores y a pedirles con insistencia que tomen las medidas necesarias para que el tratamiento de las enfermedades venéreas sea *accesible a todas las clases sociales y para que se suprima todo lo que directa o indirectamente sea de naturaleza a impedir o a retardar los cuidados que deben recibir los enfermos durante el período contagioso de su afección.*

En su reunión del 5 de marzo de 1920, el Consejo General de la Liga de las Sociedades de las Cruces Rojas, después de vivas controversias, hizo suyas las conclusiones del "Bureau International d'Hygiène".

Entre otras consideraciones, sobre las que el "Bureau d'Hygiène" funda su resolución, destacamos la siguiente, de importancia fundamental:

"El Comité I. de Higiene señala, como punto capital cuya omisión amenaza el éxito de toda profilaxis, la necesidad de dar al enfermo, *cualquiera sea,* la garantía más completa de que no puede temer indiscreciones de ninguna clase, ni ataque alguno a su dignidad personal".

El Ministerio del Interior de Bélgica, en su circular de 15 de enero de 1919, había ya ido más allá del *desiderátum* expuesto por la circular de la Oficina I. de Higiene, en el párrafo siguiente:

"Los servicios de consulta y dispensarios deben ser organizados con la mayor discreción, de suerte que ninguna consideración de vergüenza impida a los interesados recurrir a ellos. Convendrá que durante determinados días, por lo menos, si en todos no es posible, estén abiertos después de las horas de trabajo."

Es necesario que los enfermos, cualesquiera sean, no estén

obligados a dar su nombre y domicilio, y que no tengan desembolso alguno que verificar.

Importa, igualmente, que las prostitutas clandestinas puedan ser atendidas sin temor de ser denunciadas al servicio policial.

En la circular del Ministro del Interior de Bélgica se encuentra la nota exacta respecto al modo cómo debe ser resuelta la dificultad del tratamiento antivenéreo en la prostitución, para que no resulten vanos o insignificantes los enormes valores de trabajo y dinero empleados en todos los países para la lucha antivenérea.

La grave dificultad para la profilaxis antivenérea de la prostitución; está en el tratamiento de las clandestinas. Su número, cada vez mayor, demuestra muy a las claras que todos los procedimientos empleados hasta ahora han fracasado lamentablemente. Los sistemas coercitivos han servido solamente para aumentarlo.

En una encuesta que he realizado hace pocos meses, sobre las condiciones de la prostitución en el Uruguay, tuve ocasión de conversar al respecto con el Jefe de la Sección correspondiente, denominada Servicio de Orden Social, de la Policía de Investigaciones, y cuyo cometido es pura y simplemente el de una policía de costumbres, lo que, por otra parte, ella confiesa abiertamente.

Una de las mayores dificultades con que tropezamos es la resistencia de las mujeres a asistirse en el Pabellón Germán Segura. Hay que advertir que las mujeres destinadas por la Inspección Médica de la Prostitución al Servicio Germán Segura, y lo son todas las que son consideradas en estado de contagiosidad, pasan a dicho Servicio, donde están *presas*. Este hecho me ha sido negado por algunos médicos inspectores, pero la policía me ha afirmado que ninguna mujer puede salir del sifilicomio sin autorización del médico, ni aún siendo requerida por el Juez; la policía debe recabar el correspondiente permiso del médico del establecimiento.

La clandestina que va a curarse, se denuncia, por ese mismo hecho, quedando librada a lo que disponga el médico del dispensario a cuyo criterio queda entregada; no hay una que se exponga a semejante contingencia, sabiendo que, según nuestros reglamentos, toda mujer que se entregue a la prostitución es inscripta obligatoriamente en los registros policiales, quedando desde ese momento sujeta a las arbitrariedades consiguientes. (Véase Reglamento para la Inspección Sanitaria de la Prostitución, pág. 7, artículos 2.º y 3.º). "La ins-

cripción es ordenada por una Comisión, compuesta por el Jefe de Policía, el Presidente del Consejo Nacional de Higiene y un vocal de la misma corporación, en virtud de la denuncia que le hará la policía''.

Hablé hace un momento de *dicotomía entre la medicina y la policía.* ¿Cómo hay que calificar la medicina que se presta a semejante papel? Otro hecho tan grave como éste es, que una vez inscripta, la prostituta está obligada a ejercer su comercio en el prostíbulo, ''donde, a cualquier hora, la policía podrá entrar y visitar todas sus habitaciones''. (Art. 15).

Compárese el procedimiento empleado en el Uruguay con el que indica la circular ministerial de Bélgica y la siguiente comunicación del doctor Velghe, delegado de ese país al ''Bureau International d'Hygiène'':

''En Bélgica, los hombres, sabiendo que no hay perjuicio alguno para la mujer, en los casos de contagio de una enfermedad venérea, no tienen escrúpulos en señalar aquella por la cual creen haber sido contagiados. Una enfermera, con toda la discreción posible, visita a la denunciada y es raro que no consiga decidirla a someterse al tratamiento''.

Esta observación nos lleva a hablar de la conveniencia, más, de la necesidad, de crear un organismo indispensable en todo país donde se pretenda ejercer una *profilaxis sanitaria eficaz: ''El Servicio de Enfermeras de Salud Pública''.* No es del caso estudiar aquí este interesantísimo sujeto, ni los múltiples e imprescindibles servicios que están llamadas a prestar a la profilaxis sanitaria y social; pero, desde el punto especialísimo que estudiamos, ellas estarían llamadas a suprimir la acción coercitiva de la policía, las persecuciones con pretexto de salud pública, la prisión, la inscripción obligatoria, pretextada por la higiene, el repugnante connubio de la medicina con la policía, que de tal manera degrada la dignidad de aquella profesión, que debería ser intachable. La enfermera social estaría encargada de reemplazar aquellas vergüenzas por una acción de persuasión y de educación. Mujeres de cierta cultura, de preferencia, también, de cierta edad, elegidas por su competencia, sus condiciones morales, sus aptitudes, serían las visitadoras, realizando, al mismo tiempo que una seria acción de profilaxis venérea y de tratamiento libremente consentido, una acción moral incomparable sobre aquellas desgraciadas caídas en el infierno de la prostitución e incapaces de rehabilitarse con sus débiles esfuerzos solamente. Se suprimirían así focos de infección venérea y focos de podredumbre moral, que a eso llegan fatalmente

aquellas desgraciadas, después de algunos años de vida en la prostitución.

Sería, en una palabra, el sistema de libertad vigilada, que tan excelentes resultados ha dado para la vigilancia y corrección de la delincuencia infantil, aplicado a la profilaxis de las enfermedades venéreas en lo que toca a la prostitución. Entiendo bien, que se trata de profilaxis y tratamiento médico, respetando la libertad individual de cada uno. (En mi conferencia sobre este asunto, en la Sociedad Médica y de Estudiantes de Medicina de Buenos Aires, mayo de 1918, había señalado la conveniencia de estas enfermeras de salud pública).

La libertad, gratuidad y reserva en el tratamiento, son de tal eficacia, que deben constituir los principios directores de todos los sistemas de lucha antivenérea. Nada tan demostrativo como el párrafo siguiente, del Delegado Oficial de Salud Pública de la Gran Bretaña, en su informe de 1918:

"Es evidente, dice el doctor Buchanan, que las personas
" que temen haber contraído una enfermedad venérea, es-
" tán tan dispuestas a aprovechar las facilidades que se les
" conceden para el tratamiento, que entre las personas que
" se han presentado en los centros y dispensarios antivené-
" reos, 7,000, aproximadamente, han sido reconocidas como
" indemnes de toda infección".

La brevedad del tiempo concedido a una comunicación, sólo me permite esbozar estos dos aspectos de la lucha social contra las enfermedades venéreas, cuyo criterio sintetizo en las siguientes

CONCLUSIONES

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía solicita del H. Cuerpo Legislativo la modificación de los artículos 276, 284 y 297 del Código Penal uruguayo, con objeto de que la edad de doce años señalada como límite para la irresponsabilidad sexual de la menor en los delitos llamados contra las buenas costumbres, sea elevada a *diez y seis años* cumplidos.

Solicita de los Altos Cuerpos Legislativos de los países americanos adheridos, igual modificación en el Código Penal de cada uno, en los artículos correspondientes a los mencionados del Código Penal uruguayo.

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía hace votos por que se establezca la profilaxis y el

tratamiento de las enfermedades venéreas sobre la base de los métodos llamados liberales, fundados sobre el principio de: *tratamiento libre a enfermos libres.*

El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía hace votos por que se establezca en todos los países un *Cuerpo de enfermeras visitadoras de salud pública,* con una rama dedicada a ocuparse especialmente de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

Profilaxis de la sífilis en el Uruguay

Informe de la Comisión Honoraria del Instituto Profiláctico de la Sífilis

POR EL DR. HÉCTOR DEL CAMPO (Montevideo)
Director Interino del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Es inútil insistir, porque es un convencimiento bien arraigado en todo el cuerpo médico, que la sífilis constituye un peligro social, por su difusión sorprendente, como por las consecuencias que de ella derivan. Débese, por lo tanto, encarar el problema, que resulta como corolario lógico, en una forma bien distinta de lo hecho hasta el presente. No puede la sociedad permanecer impasible ante el avance de un mal que, por los perjuicios individuales y los perjuicios colectivos que produce, mata o inutiliza a nuestra juventud, tarando la raza y llevándola a una degeneración paulatina.

Debe, por consiguiente, la misma sociedad, intervenir y defenderse por medidas de profilaxis pública, para salvar a los que, exponiéndose, han contraído la enfermedad, para evitar que los que no se exponen, sean contaminados inocentemente, para impedir, en fin, que la descendencia venga al mundo con el germen de una afección que la aniquila en forma alarmante.

Es esa triple finalidad la que se debe perseguir en toda campaña profiláctica bien orientada, y, de acuerdo con esos preceptos, el Instituto Profiláctico de la Sífilis considera haber llenado cumplidamente su rol, sin desconocer que lo realizado, a pesar de ser muy vasto, no llena sino una parte de su programa de acción.

Pretender que trabajar por la profilaxis de la sífilis es trabajar por el libertinaje, como se ha argumentado muchas

veces, es desconocer la influencia que la sífilis tiene sobre la mortalidad infantil, vale decir, sobre uno de los factores esenciales de despoblación. Ello significa, también, ignorar completamente el elevado número de mujeres cuya sífilis es el derivado de contaminaciones perfectamente honestas.

La lucha, pues, no es sólo una necesidad, es una obligación, y ella debe ser encarada y hecha útil, utilizando el contingente aportado por los tres medios a los cuales puede recurrirse y preconizados por el profesor Fournier: los de orden moral, los de orden administrativo y los de orden médico.

Atento a lo que antecede, el Instituto Profiláctico de la Sífilis, organismo creado especialmente para combatir tan temible flagelo, quiere, por intermedio de este informe, dar a conocer todo lo hecho hasta el presente y poner a consideración el plan de acción programado para el futuro.

En materia de profilaxis, teorizar es tarea vana. Es necesario realizar, pero, al hacerlo, pesar muy sensatamente el pro y el contra antes de arribar a decisiones definitivas. Como en todo lo que se refiera a profilaxis de sífilis se va contra la apatía manifestada por corporaciones y por el cuerpo médico mismo, es necesario vencer prejuicios, luchar contra convencionalismos y habituar al pueblo a encarar con valentía la enfermedad y el problema que ella suscita. Todo ello sin lesionar intereses privados, sin coartar la libertad de nadie, buscando hacer el mayor bien, sin que la violencia entre en juego. Quitarle a toda resolución tomada el carácter impositivo que pudiera hacerla antipática, y conseguir, en cambio, su aceptación por medio de la prédica diaria, de los sanos consejos.

Podemos afirmar, sin exagerar, que los resultados de esta propaganda sensata y humana han dado sus frutos, y vemos con satisfacción, que los mayores panegiristas de nuestra obra son los propios enfermos. La educación del pueblo se ha conseguido en gran parte, por lo tanto, y es esto una enorme conquista, ya que, en otro tiempo, pesaba sobre el sifilítico el desconcepto que la sociedad le imponía.

Hoy el vocablo "sífilis" no encierra el carácter vergonzoso y degradante de que estaba poseído, y la asistencia, cada vez mayor, a nuestros dispensarios, prueba acabadamente que el temor de ser catalogados como sifilíticos tiende a desapare-

cer, y que no está lejos el día que se tenga de tal enfermedad el concepto científico y humano que se merece.

Conviene hacer notar que la profilaxis tiene aspectos bien distintos, según que se refiera a la Capital de la República y Capitales de departamentos, o en lo referente a la profilaxis en campaña. Si en los primeros la lucha es más fácil y de resultados positivos inmediatos, en la segunda hay inconvenientes de distinto orden, que es necesario salvar.

Veamos la profilaxis en la Capital.

La idea de la creación del Instituto Profiláctico de la Sífilis corresponde a nuestro malogrado Director doctor Juan A. Rodríguez, quien contó con el decidido apoyo moral y material de la Asistencia Pública Nacional y del Consejo Nacional de Higiene; en la exposición de motivos presentada por el Director General de la Asistencia Pública al Consejo de la misma, el doctor Martirené mostraba el incremento exagerado que este mal, titulado contemporáneo, había alcanzado en nuestro país, y, de acuerdo con el doctor Vidal y Fuentes, Presidente del Consejo Nacional de Higiene, fué redactado el proyecto que creó, en una forma más amplia, el actual Instituto Profiláctico de la Sífilis.

Más tarde, la llamada ley Gallinal, gravando con un impuesto la tierra destinada a ganadería, creó recursos suficientes para que el Instituto desarrollara una actividad fecunda en provechosos resultados y llegara al grado de progreso hoy alcanzado. Justo es insistir, sin embargo, que el nervio motor, el paladín incansable de esta campaña, que hizo de ella un apostolado, fué el recordado doctor Juan A. Rodríguez.

El proyecto de creación del Instituto, inspirado en su similar de París, ideado y organizado por el doctor Vernes en 1915, se complementó más tarde, por exigirlo así necesidades evidentes. No se creyó conveniente conformarnos con un Dispensario Central único, tal como lo había hecho el doctor Vernes, sino que la lógica imponía instalar el mayor número de esos servicios, a fin de facilitar la asistencia y hacer ambiente en aquellos puntos reconocidos como verdaderos focos de contagio. Se trató de que esos Dispensarios funcionaran allí donde el elemento obrero es más numeroso, puesto que era de todo punto necesario que, aún habitando los lugares más apartados de la Capital, pudieran someterse a una asistencia asidua, con la menor pérdida de tiempo.

De conformidad con este criterio, fué decidido el funcionamiento de siete dispensarios en la Capital, distribuídos ordenadamente y en forma tal que, teniendo un radio de acción

no muy vasto, llenan a entera satisfacción su cometido: facilitando la asistencia de los enfermos, gracias a una serie de medidas que contemplan todas las exigencias.

Como era lógico, fué necesario señalar un horario para su funcionamiento, que fuera enteramente favorable al elemento trabajador. Creemos haberlo conseguido, al establecerlo de diez a doce de la mañana, debiendo, sin embargo, dejar constancia de que la casi totalidad de los Dispensarios funcionan hasta las trece, haciéndose así posible atender a quienes abandonen sus ocupaciones entre esas horas. Como la casi totalidad de los enfermos se abstienen de almorzar el día de la inyección, sin que ésta les perjudique, para, salvo raras excepciones, poder volver de tarde a sus quehaceres, les es perfectamente cómodo concurrir puntualmente a recibir el tratamiento necesario, sin que ello implique perder horas de trabajo. Pero se ha ampliado aún el horario. Para las mujeres a quienes las ocupaciones domésticas las retienen las mañanas en sus domicilios, para los hombres que así lo deseen, y para todas aquellas personas que sufriendo de pequeños trastornos consecutivos a la inyección, creen un perjuicio el inyectarse de mañana, la Comisión Honoraria del Instituto ha resuelto el funcionamiento nocturno de todos los Dispensarios, y hoy es el día que el éxito obtenido prueba acabadamente la bondad de tal resolución.

Toda consulta, así como las reacciones serológicas necesarias, como el tratamiento, son completamente gratuitos: sin exigirse requisito alguno a las personas que deseen hacerse investigaciones de la sangre, hayan o no tenido manifestaciones luéticas.

En esta forma, pues, haciendo el bien y brindando toda clase de comodidades al pueblo, para ser asistido en nuestros dispensarios, es que hemos conseguido imponer la obra, probándolo de manera concluyente el número de enfermos y consultantes inscriptos en nuestro registro. La Comisión Honoraria del Instituto no consideró, a pesar de esto, llenada totalmente su finalidad, limitándose a aceptar los que voluntariamente solicitaban sus servicios, sino que se impuso la obligación de ir en busca de las renuentes y en descubrir los que ignoraban estar afectados de tal enfermedad.

Fiel, por lo tanto, a estos propósitos, han sido dictadas una serie de medidas que a continuación expondremos, y cuyo alcance, siendo muy grande, permitirá que aquel organismo haga verdadera obra nacional.

En acción conjunta con la Asistencia Pública Nacional, se

ha resuelto que en todos los Hospitales y Policlínicas dependientes de esa corporación, fuera sistemáticamente hecha la reacción de Wassermann a todo enfermo que ingresara o asistiera a los distintos servicios. La misma resolución fué tomada para los hospitales privados, solicitándose de los Consejos Directivos el apoyo necesario para la campaña iniciada, encontrándose en todos la misma favorable acogida. Podemos desde ya adelantar que la sistematización del Wassermann en la sangre de los enfermos ingresados al Hospital Maciel, por afecciones en apariencia ajenas a la sífilis, o agregadas a ella, ha permitido comprobar un veinte por ciento de infectados que en otro tiempo hubieran pasado por las clínicas de ese Hospital, sin denunciar en forma alguna la razón de su mal, por no presentar signo clínico alguno que la pusiera de manifiesto.

Vista la importancia de los datos mencionados en el párrafo que antecede, se hacía necesario que la aspiración del Instituto a investigar la sífilis en todos los lugares donde pudieran existir contagiables y contagiosos, se hiciera extensiva a los distintos lugares donde la vida en común hace tan fácil la contaminación, y llegar en esa forma a infiltrarse en las distintas capas sociales, en las diversas agrupaciones, a fin de obtener en su campaña los más satisfactorios resultados.

Entendiéndolo así, la Comisión Honoraria del Instituto se ha dirigido a los Poderes Públicos para obtener la autorización necesaria, a fin de descubrir, y obrar en consecuencia, los sifilíticos existentes en nuestros establecimientos penales. Por los datos suministrados por los médicos de la Cárcel Penitenciaría, Preventiva y Correccional, el porcentaje de enfermos allí encerrados es crecido y la mayor parte de ellos seguramente desconocedores de estar afectados de tal enfermedad.

Tiene para el Instituto importancia capital el estudio que allí se haga, puesto que permitirá sacar conclusiones de la influencia que la patología sifilítica tenga sobre la delincuencia.

Hace poco tiempo, y de perfecto acuerdo con el Consejo de Patronato de Delincuentes y Menores, fué decidido hacer las investigaciones necesarias, a fin de poner de manifiesto e iniciar de inmediato el tratamiento necesario, en todas las sífilis hereditarias o adquiridas que existan entre los niños y niñas que llenan los refugios conocidos con los nombres de Asilo del Buen Pastor y Colonia Educacional de Menores.

El Asilo Dámaso Larrañaga envía semanalmente al laboratorio del Instituto, cincuenta sangres de niños en asis-

tencia en sus policlínicas dejados en él; los exámenes practicados en los sueros de los recién nacidos o de niños que no alcanzan a dos años de edad, permiten reconocer la herencia sifilítica, si ella existe, y evitar el entregar esos enfermitos a las amas, que, reconocidas como sanas, pudieran estar expuestas a contaminaciones deplorables. Sometidas al tratamiento y al contralor riguroso del laboratorio, salva a muchos de los irremediables desastres a que se hallarían expuestos, si su afección hubiera pasado desapercibida.

De la misma manera, las nodrizas que pretendan ejercer el oficio de tales y que solicitan la entrega de niños, son sometidas, en la Oficina respectiva, a una reacción de Wassermann.

Esta práctica, debida a una feliz iniciativa del Director de la Asistencia Pública Nacional, doctor Martirené, tiene una importancia incalculable, como protección eficaz a la infancia.

Como se ve, el plan de acción desarrollado por el Instituto, tiene como características, no sólo la de ofrecer una asistencia gratuita y competente, sino la de descubrir, allí donde sea posible, los infectados sifilíticos que no se saben tales.

Queda aún por resolver la forma de llevar los beneficios de esta campaña por la salud pública y de una manera más directa, más personal, a los distintos gremios que, sometidos a una reglamentación o a una legislación particular, permite llegar hasta ellos sin violencia; no invocando otra razón que el derecho que tienen los sanos a no ser contaminados.

Así, por ejemplo, la Comisión Honoraria del Instituto ha estudiado la urgente necesidad que existe en hacer profilaxis entre los enfermos que pertenecen al servicio doméstico. Por su exponente moral, por su promiscuidad con las personas de la casa, por la familiaridad usada, todo foco de contagio es un constante peligro para unos y otros, en las mejores condiciones para aumentar el número de víctimas.

Para las usinas, para los talleres, para las grandes empresas, como los frigoríficos, donde se cuentan por miles los trabajadores, para todos ellos, con medios de propaganda consistentes en folletos y carteles, con la colaboración necesaria y decisiva de patrones y Directores, el Instituto llevará las bondades de su prédica, poniendo en evidencia la importancia que el mal reviste, exhortándolos a las investigaciones necesarias.

No debemos olvidar que la mujer obrera, por la ignorancia de todo lo que se relaciona con la sífilis, paga a ella un pesado tributo.

La ley de Jubilaciones nos permitirá involucrar en nuestra campaña profiláctica a los gremios que de ella benefician. Motormen, empleados civiles, etc., por disposiciones de orden interno o por reglamentación especial, se verán necesitados de probar clínicamente y serológicamente no estar afectados de lúes.

Es cosa decidida por el Instituto llevar su profilaxis a los titulados conventillos y a las casas de inquilinato. Por medio de carteles, de hojas volantes o de palabra, se hará posible hacer una prudente propaganda, que, sin herir a nadie, ilustre a todos esos habitantes, mostrándoles el peligro e indicándoles la conducta a observar.

Debemos decir que el mismo criterio impera para los demás gremios, pero empeñándose en llevar a la práctica estas ideas, en una forma prudente y humana: empleando como única arma el convencimiento; quitándole todo carácter impositivo, a fin de hacerlas aceptables y simpáticas a todos esos elementos de educación deficiente.

En estas condiciones, con ramificaciones tan numerosas, pero orientadas en un afán de profilaxis generosa y amplia, el Instituto tendrá bajo el contralor riguroso de sus clínicas y laboratorios un número bien elevado de la población civil de la Capital y fácil le será impedir de que entre todos ellos haya alguien que tenga en el futuro manifestaciones contagiosas.

Pero, limitando esta campaña al elemento civil, hubiéramos privado de todos sus beneficios a un elevadísimo número de enfermos que llenan nuestros cuerpos de ejército y nuestras policías. Ellos caerán también bajo el contralor de los laboratorios, pues la Dirección de la Sanidad Militar, compenetrándose del alto interés que hay en combatir rápidamente y enérgicamente la enfermedad, ha proyectado establecer Dispensarios análogos a los del Instituto e instalados ya en los Dispensarios Centrales, ya en los propios cuarteles. No escaparán, por lo tanto, a nuestra profilaxis los cientos de enfermos que, por formar en los cuadros de nuestros batallones, pudieran no concurrir a nuestros servicios. Las conclusiones a que arriba en su informe el doctor Turenne, votadas por el Cuerpo de la Sanidad Militar, prueban acabadamente el alto interés despertado y permitirán que, puestas en práctica, completen satisfactoriamente la obra del Instituto.

La lucha antivenérea así planeada y llevada a la práctica, no hubiera dado resultados benéficos, si no hubiera sido com-

pletada con una campaña severa llevada contra los focos de contagio más peligrosos y más diseminados. Las prostitutas clandestinas de distinta categoría y con etiquetas bien diferentes, burlando las disposiciones en vigencia, se han constituído siempre en los más efectivos propagadores de sífilis.

Hallándose dispuestos los Poderes Públicos a colaborar en la obra, contándose en el seno de la Comisión Honoraria del Instituto al señor Jefe de Policía, será posible, de perfecto acuerdo con la Policía, perseguir y obligar a todas esas casas clandestinas que existen por toda la Capital, a cerrar sus puertas o a someter a las pupilas existentes a la revisación médica necesaria.

Por un decreto de los Poderes Públicos, se dictó una resolución sobre las tituladas pensiones, verdaderos prostíbulos clandestinos, en los que, puede decirse, sin pecar de exagerado, se han infectado la casi totalidad de nuestra clientela particular. Si el decreto no ha dado el resultado decisivo que se esperaba, ha tenido, por lo menos, la virtud de hacer desaparecer varias casas, o ha obligado en otras a sus pensionistas a someterse a revisación médica. Queda por completar la reglamentación necesaria, a fin de que esas medidas den el resultado que es dable esperar, evitando, en todos los casos, la posible burla de tales disposiciones.

Hay una categoría entre las prostitutas, ocupando radios bien conocidos, sujetas a una reglamentación que les impone un examen médico semanal, obligándolas a no ejercer su oficio a la aparición de la más pequeña manifestación contagiosa. Su tratamiento se establece de inmediato hasta la desaparición de todo posible contagio, y puestas así en condiciones de reiniciar su trabajo, continúan, sin embargo, su asistencia en alguno de los Dispensarios de la ciudad. Es, por lo tanto, un número elevado de prostitutas que, encontrándose bajo vigilancia médica, difícilmente se constituirán en vehículos de la enfermedad.

Con el objeto de centralizar estas mujeres en un dispensario único, ofreciéndoles al mismo tiempo la comodidad de un local próximo, se ha dispuesto últimamente por la Comisión Honoraria del Instituto el traslado del Dispensario que existe en el Pabellón Ricord. En su nueva ubicación se ampliarán en mucho las funciones de este nuevo servicio, pues no solamente concurrirán a él las mujeres inscriptas que habitan sus alrededores, sino también una gran cantidad de clandestinas que merodean por esos parajes, así como la infaltable legión de *souteneurs*.

Los beneficios se palparán bien pronto; pues una vez impuestas de las ventajas que reporta una asistencia asidua, librándolas de los inconvenientes que tiene el alejamiento a que se les obliga cuando presentan una lesión, por pequeña que sea, comprenderán que las solas beneficiadas son ellas. Hoy la experiencia prueba que, a pesar de estar colocadas al margen de la sociedad, obedecen al médico y se preocupan de su salud y de la de sus ocasionales amigos.

Como medida de orden general, el Instituto ha decidido aconsejar a la población el uso del llamado paquete profiláctico, ideado por el doctor Brito Foresti, y librado al pueblo en las condiciones más favorables, y conteniendo todo lo necesario para preservarse y disminuir el grado de probabilidades de infección.

Van englobados en los capítulos que anteceden los distintos medios, de orden médico y administrativo, que comentaba el profesor Fournier, al estudiar la forma de encarar el problema profiláctico. Pero queda aún un procedimiento en el cual depositamos entera fe, y cuyos resultados han sido elocuentes. La bondad de nuestras ideas y el desinterés manifiesto con que son llevadas a la práctica, han acreditado el Instituto en forma tal, que médicos y enfermos, al solicitar sus servicios, llevan la convicción de tratarse de una obra muy importante y seria.

El consejo sano, la prédica, la persuasión, han dado y darán mayores frutos. El médico, que habla al enfermo y lo trata en la forma que lo hace en los dispensarios, consigue adeptos y hace discípulos, y es la mayor de nuestras satisfacciones ver el número crecido de los enviados a nuestros servicios o aconsejados por los que con anterioridad han beneficiado de un diagnóstico o una cura.

Se ha inculcado así en esos espíritus el convencimiento de que existiendo Dispensarios, no es justificable que quien tenga una lesión, por pequeña que sea, vaya a consultar al boticario o al curandero; y, gracias a ello, podemos afirmar que día a día vemos aumentar el número de los chancros iniciales, que era la más frecuente de las manifestaciones y a la que se le daba menos importancia, para recurrir al médico cuando el proceso estaba muy avanzado.

Ha sido resuelto por la Comisión Honoraria del Instituto, y esto es un complemento de la educación del pueblo, que los médicos jefes, como los adjuntos, den conferencias semanales, que, en lengüaje oportuno, sepan interiorizar a sus en-

fermos de lo que es la sífilis, sus peligros y manera de evitarlos.

La educación sexual es un capítulo que interesa enormemente a quienes se han preocupado de salvar a la juventud de todos los males venéreos. Sin desconocer la utilidad que reportaría la impresión de folletos y su divulgación entre esa juventud, de acuerdo con los sabios consejos dictados por el profesor Fournier en su libro *"Para cuando mis hijos tengan diez y ocho años"*, la Comisión del Instituto ha considerado también prudente iniciar la educación de los jóvenes, celebrando conferencias en las Universidades y Liceos, y vulgarizando los preceptos bien conocidos sobre afecciones venéreas. Ha creído, asimismo, necesario que las maestras tuvieran nociones, por lo menos superficiales, sobre lo que es la sífilis y cuáles son las manifestaciones visibles a que da lugar, para encontrarse así habilitadas a reconocer los alumnos infectados que tuvieran y evitar en esa forma el contagio posible.

Queda el capítulo de la profilaxis a realizar en la campaña, que se presenta con aspecto algo más complejo.

La total ignorancia del paisano en todo lo referente a sífilis, la pobreza de medios de locomoción y la distancia, son factores que entorpecen un poco la realización de nuestros deseos, pero hay fundadas esperanzas en que la propaganda ya planeada y la entusiasta colaboración de los colegas departamentales, permitan hacer factibles las aspiraciones de la Comisión Honoraria del Instituto.

Todo lo dicho sobre instalación y funcionamiento de dispensarios, sobre educación del pueblo, como sobre la profilaxis llevada a los distintos gremios, se aplicará en exactas condiciones en las capitales de los departamentos. La apertura de estos Dispensarios es cosa resuelta y en poco tiempo podrán ser librados al servicio público.

Teniendo en cuenta los factores que entorpecen toda buena profilaxis, por ser difícil el traslado de los enfermos, el Instituto proyecta instalar Dispensarios en la mayor parte de los pueblos y en todos si fuera posible. En esa forma, multiplicándolos, se olvidará en parte el serio inconveniente arriba citado. Será necesario dividir el mapa profiláctico del país en secciones que abarquen una extensión que permita recorrerla al enfermo en el día, sin que signifique un esfuerzo grande, y teniendo como punto central la población más importante que en ella esté comprendida.

El Instituto estudiará si no sería factible la idea de que los médicos de campaña hagan verdaderas giras profilácticas,

recorriendo las estancias a la manera de dispensarios ambulantes, extrayendo sangre a todos, tratando a los manifiestamente enfermos. Bien entendido que es esta la solución ideal, pero sería necesario buscar para el Instituto la compensación que irrogaría ese traslado; compensación modesta, fácilmente tolerada por todos, y que no chocará ni con los antecedentes ni con la ley orgánica del Instituto.

Buscaremos como colaboradores de la obra a los propietarios y mayordomos de estancia, a quienes la propaganda del Instituto, fácilmente asimilada, mostrará, hasta la evidencia, lo humanitario de nuestros deseos.

Se conseguirá de ellos la autorización necesaria para que los enfermos abandonen sus ocupaciones, las veces que sean necesarias, para tolerar el tratamiento de práctica.

Por medio de conferencias en los días de carreras, de impresos distribuídos profusamente, se hará conocer al pueblo la ubicación y hora del funcionamiento del Dispensario, así como los beneficios que obtienen los que se tratan y los peligros a que están expuestos los reacios.

No habrá *pulpería* en campaña donde no exista un cartel en lugar bien visible, donde se hará mención de lo dicho en el párrafo anterior. Se hará propaganda tenaz para convencer al pueblo de los peligros que encierra el tomar mate en común, así como se intensificarán las medidas de higiene general, para evitar la contaminación posible por intermedio de las vajillas.

Es necesario prohibir en absoluto, y la Comisión del Instituto busca la forma de conseguirlo, de que persista el comercio de las vendedoras de mate, las que, por algunos centésimos, ofrecen a quien desee aquella bebida, con la misma bombilla, sin limpieza alguna, sin preocuparse del grado de salud del cliente, constituyendo, como es lógico suponer, el vector más común de toda afección contagiosa.

Es necesario que desaparezan de nuestra campaña las tituladas *"carperas"*, verdaderas prostitutas ambulantes, que ejercen su oficio sin recato alguno, y siembran entre nuestros paisanos todos los males venéreos.

Para las prostitutas inscriptas, existe una reglamentación especial, semejante a la de la Capital, pero no debe olvidarse de que la casi totalidad de las mujeres ejercen la prostitución clandestinamente. Para las que escapan al contralor del Instituto, por abstención voluntaria, será imprescindible la ayuda de la policía, para que abandonen su *modus vivendi* o se sometan a revisación médica.

Para todas las investigaciones serológicas que se deseen hacer en la campaña, el Laboratorio Central del Instituto, con sede en la Capital, ha dispuesto lo necesario para que el transporte de tubos se haga en las mejores condiciones, pudiéndose asegurar que la distancia no influirá para nada sobre los resultados, pues ha sido estudiado de antemano cuánto tiempo esos sueros son capaces de conservarse en buenas condiciones, habiéndose llegado a la conclusión de que, por lejos que se encuentre un pueblo, siempre que se llenen las indicaciones hechas, los sueros que de ellas provengan no sufrirán modificación de importancia.

Encarado así el problema de la profilaxis, podemos decir que abarcamos su doble modalidad: curativa y preventiva. Sin duda alguna, que estudiada con rigor la acepción del término, correspondería más a lo segundo que a lo primero, pero mientras la ciencia no descubra una vacuna o un suero, debemos conformarnos con hacer profilaxis curativa.

¿Pero, acaso, ésta no implica prever? Curar es cicatrizar toda lesión abierta; es eliminar, por consiguiente, los más comunes focos de contagio. Curar, aún cuando toda manifestación mucosa haya desaparecido, es evitar su reaparición y, por lo tanto, dejar a los enfermos en condiciones tales que no signifiquen un peligro para la salud de los sanos. Pretender conseguir que no existan enfermos contagiosos, sería una utopía, si no empezamos por poner en evidencia todas las sífilis latentes o aquellas de periódica actividad.

Es por eso, pues, que el tratamiento difundido por todo rincón de la República, y la sistematización del Wassermann en la forma más amplia que puede hacerse, contribuiría, lo primero, a cicatrizar toda lesión abierta, quitándole toda probabilidad de contagio, y lo segundo, a evitar que esas lesiones aparezcan en quienes se encuentren bajo el contralor de nuestro Laboratorio.

Es, pues, realizando esas dos fases del problema que hemos hecho profilaxis curativa y al mismo tiempo preventiva.

De todo lo que antecede se desprende que el Instituto Profiláctico de la Sífilis se ha infiltrado y lo hará mucho más, en todas las capas sociales. No se ha impuesto un límite, si no que, respetando todos los derechos, va con valentía a salvar al pobre como al rico, al educado como al ignorante.

Evitar que el mal haga progresos, eliminar focos, curar enfermos, impedir contaminaciones, significa hacer una ver-

dadera campaña por la salud pública, que conseguirá disminuir nuestra estadística de letalidad infantil, de muertes prematuras y repentinas, en adultos; evitará que otros queden tarados y conseguirá fortalecer la raza al eliminar de la etiología la más común de las afecciones venéreas peligrosas que en ella figura.

La Sífilis en el Uruguay

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)
Médico-Jefe de la Policlínica Dermatológica
Adjunto del Dispensario N.° 1 del Instituto Profiláctico
Asistente de la Clínica Dermosifilopática

Algunas consideraciones

La Dirección del Instituto Profiláctico contra la Sífilis ha requerido de los Jefes de Dispensarios la presentación de un trabajo en el que se pongan de manifiesto las observaciones que en los tres años largos que han transcurrido desde que se organizó, hayan podido recogerse.

Honrado con la confianza del Jefe titular del Dispensario número 1, nuestro profesor, el doctor José Brito Foresti, nos hemos propuesto hacer sólo una síntesis de la observación realizada aquí y en nuestra práctica privada, subdividida en pequeños capítulos de desarrollo más o menos extenso, unos completos, otros simplemente esbozos de trabajos futuros, en que con mayor número de casos y con más prolongada observación podamos llegar a conclusiones más fundadas.

El plan a seguir en este trabajo es el siguiente: (1)

1.° Datos estadísticos, que comprenden un primer período que va desde el año 1900 hasta 31 de diciembre de 1917, correspondiente a los enfermos observados por el profesor Brito Foresti en su Clínica, y un segundo período, que comprende desde que el Dispensario número 1 empezó a funcionar en la Clínica que dicta el profesor Brito Foresti y en la Policlínica Dermatológica a mi cargo.

---

(1) En esta sesión sólo fueron presentados los datos estadísticos. El lector encontrará en las sesiones siguientes los demás trabajos a que se refiere el plan general.

2.° Dificultades del diagnóstico del chancro sifilítico. Experimentación clínica del método local de A. Prunell.

3.° Diagnóstico precoz de la sífilis. La reacción de Wassermann durante el tratamiento (con la colaboración del doctor Claveaux).

4.° Reinfección sifilítica (2 casos).

5.° Las alteraciones en el líquido céfalo-raquídeo. Importancia de las pequeñas linfocitosis.

6.° ¿Se cura el tabes?

7.° La reacción de Wassermann vista desde la clínica.

8.° Breves consideraciones sobre los arsenicales.

9.° Un nuevo método de tratamiento del chancro fagedénico (en colaboración con el doctor E. Claveaux).

I. DATOS ESTADÍSTICOS

Primer período

(Agosto 1900 a diciembre 1917)

En el primer período seguimos la clasificación del maestro Fournier en sífilis primaria, secundaria, terciaria, sífilis ignorada, parasífilis y sífilis hereditaria.

El análisis de las anotaciones en los libros registros de la Clínica no permite establecer sino un muy pequeño número de accidentes primarios, seguidos casi todos ellos de accidentes secundarios, especialmente hasta la entrada del salvarsán primero, que fué muy poco empleado, luego neo salvarsán, del cual sólo en condiciones muy precarias se pudo disponer por factores eventuales, guerra europea, resistencia a las medicaciones nuevas, etc., de modo que sólo haremos la clasificación en secundarias, terciarias, ignoradas, parasífilis y sífilis hereditaria, con más un agregado de los casos de sifilíticos tratados que venían a la consulta sin lesiones visibles.

En las sífilis secundarias en los hombres muy pocos son los casos que desconocieron la puerta de entrada: 19 sobre 1,933, siendo también muy pocos los casos de chancro extragenital: 14 de los labios, 8 de la amígdala, 2 del ángulo del ojo y 1 del dedo índice.

Cuadro estadístico del 1.er periodo

Año	Enfermos nuevos		Sífilis ignorada	Sífilis en tratamiento	Sífilis secundaria	Sífilis terciaria	Para-sífilis	Sífilis hereditaria
1900	279	Hombres	7	—	28	4	2	—
		Mujeres	—	—	51	7	—	2
1901	838	Hombres	3	25	146	7	1	—
		Mujeres	—	4	7	11	—	—
1902	952	Hombres	—	15	217	17	2	—
		Mujeres	—	—	14	8	—	1
1903	669	Hombres	—	8	194	25	6	—
		Mujeres	—	—	9	6	—	—
1904	593	Hombres	9	12	87	11	1	—
		Mujeres	—	—	12	15	—	—
1905	566	Hombres	10	10	75	10	—	—
		Mujeres	—	1	12	7	1	—
1906	572	Hombres	12	15	52	7	1	—
		Mujeres	—	2	19	8	1	2
1907	526	Hombres	6	10	36	6	1	—
		Mujeres	—	—	8	5	—	1
1908	562	Hombres	—	9	30	6	2	—
		Mujeres	—	1	10	5	—	—
1909	701	Hombres	1	6	34	9	1	—
		Mujeres	—	1	10	10	—	1
1910	660	Hombres	2	7	48	18	1	—
		Mujeres	—	—	8	7	—	—
1911	790	Hombres	3	2	92	7	1	1
		Mujeres	—	—	8	3	—	—
1912	1,125	Hombres	—	8	123	7	2	—
		Mujeres	—	2	21	4	—	—
1913	1,013	Hombres	6	4	109	12	1	—
		Mujeres	—	—	8	7	—	—
1914	884	Hombres	1	11	97	6	2	—
		Mujeres	—	—	18	1	—	—
1915	1,024	Hombres	1	3	119	11	—	1
		Mujeres	—	—	30	6	—	—
1916	1,145	Hombres	—	5	177	11	4	—
		Mujeres	—	—	27	9	—	—
1917	1,173	Hombres	5	20	147	15	2	—
		Mujeres	—	—	35	10	1	2

En las mujeres, en cambio, en muy pocas pudo establecerse la puerta de entrada: vulvares 7, labios 5, amígdala 3, me-

jilla 2, senos 5, 1 del hombro y 1 del brazo, esto es, en 24 sobre 268, o sea alrededor de un diez por ciento solamente.

Llama la atención el número relativamente pequeño de parasífilis — 33 sobre 2,771 — que registran los libros. Se explica, sin embargo, porque casi todos ellos van lo mismo que los sifilíticos viscerales a las clínicas médicas. Si se hiciera un porcentaje de los sifilíticos viscerales en nuestras salas de medicina con relación a los sifilíticos iniciales, tendríamos el fenómeno inverso de lo que ocurre en nuestra clínica; —lo mismo que el de los heredo-sifilíticos,—que suman en total 12, de los cuales tres solamente de pocos meses con manifestaciones secundarias, los demás con lesiones de sífilis hereditaria tardía.

Segundo período

(Enero 1918 a 1.° septiembre 1921)

El segundo período de la estadística, alcanza desde que se anexó a la Clínica Dermosifilopática el Dispensario número 1, esto es, desde el 1.° de enero de 1918, y como a partir de julio de ese mismo año, fuí designado médico de la Policlínica Dermatológica, la población sifilítica de nuestras clínicas ha ido en aumento.

En la clasificación de los enfermos que concurren al Dispensario nos hemos apartado de la clasificación de Fournier, pero solamente en parte, y hemos hecho un ensayo de clasificación, modificando la que la Dirección Técnica del Instituto Profiláctico, desempeñada por el malogrado doctor Juan Antonio Rodríguez, nos remitiera el año 1919 para las estadísticas anuales.

En esta clasificación, tomando la sífilis adquirida, distinguimos con Fournier: I. La sífilis primaria: accidente inicial, con treponema positivo y Wassermann negativa, esto es antes de que la infección se haya generalizado; II. Un período de generalización en que la infección ha invadido ya el organismo, en el que subdividimos un primer grupo *a)* sin manifestaciones pero con reacción Wassermann positiva, período breve, que precede a la explosión de los síntomas secundarios; un segundo grupo *b)* con manifestaciones cutáneas, mucosas, etc.: período secundario. Dentro de este mismo período de generalización incluímos los sifilíticos tratados que vuelven con o sin manifestaciones y de acuerdo con la clásica distinción de las lesiones por su naturaleza misma, leves, erosi-

vas las secundarias, destructoras las terciarias, distinguimos *c)* con manifestaciones secundarias, *d)* con manifestaciones terciarias, *e)* sin manifestaciones pero con Wassermann positivo, dando todo su valor al Wassermann positivo como signo de laboratorio a tener en cuenta al igual de los signos clínicos.

Luego un grupo de localización (III), entre las que distinguimos meníngeas, cerebro, médula, nervios (óptico, auditivo, periféricos), cardio-vascular, hígado, riñón, etc.

El IV grupo lo constituye la *sífilis ignorada,* ateniéndonos en esto a la definición del maestro Fournier, distinguiendo: *A)* *a*) con manifestaciones secundarias, *b*) con manifestaciones terciarias, *c*) algias, *d*) abortos (para la estadística mujeres), *B)* localizadas y dentro de éstas la misma subdivisión que para las sífilis adquiridas, y *C*) sin manifestaciones con reacción Wassermann positiva.

En este grupo hemós hecho un aparte para las algias (generalizadas o cefalea), muy a menudo único síntoma de sífilis ignorada, que tienen un Wassermann positivo y que desaparecen con el tratamiento antisifilítico.

El V grupo lo constituyen las sífilis hereditarias, *a*) con manifestaciones y *b*) sin manifestaciones con reacción Wassermann positiva.

Y, por último, el VI grupo lo constituyen los enfermos que concurren al Dispensario, manifestando que han sido sifilíticos, o que han sido tratados como tales y cuyas reacciones son negativas, haciendo dos grupos: 1.° con reacción Wassermann negativa en el suero sanguíneo, y 2.° con reacción Wassermann y punción lumbar negativas, y dentro de esto un subgrupo, con manifestaciones, — casi siempre viscerales, o vasculares — como hemos tenido oportunidad de comprobarlo.

Véanse los cuadros estadísticos siguientes:

CUADRO ESTADÍSTICO DEL SEGUNDO PERÍODO

1.º Enero 1918 a 1.º Septiembre 1921

		Hombres 1918	Hombres 1919	Hombres 1920	Hombres 1921	Mujeres 1918	Mujeres 1919	Mujeres 1920	Mujeres 1921
		390	298	378	220	89	86	155	18
I Sífilis I	. . . .	2	2	14	17	—	—	—	—
II Período de Generalización	*A) Sin manifestaciones con R. W. positiva*	35	45	39	26	—	—	—	4
	B) Con manifestaciones cutáneas, mucosas Σ 2.as	112	114	115	69	25	29	22	19
	C) Σ tratados con manifestaciones Σ II	7	8	11	6	—	1	2	2
	D) Σ tratados con manifestaciones III	13	5	10	1	3	3	1	—
	E) Σ tratados sin manifestaciones con W. positivo	133	48	78	33	26	13	9	9
III Σ Localizadas	*a)* meníngeas	4	2	9	2	—	—	—	—
	b) cerebro	3	2	3	2	2	—	—	—
	c) médula	4	4	6	7	—	—	—	—
	d) nervios óptico	1	—	—	—	—	—	—	—
	d) nervios auditivo	1	1	1	—	—	—	—	—
	d) nervios periférico	1	2	—	—	—	—	—	—
	e) cardio-vascular	14	5	5	—	—	—	—	—
	f) hígado	—	—	—	—	—	—	—	—
	g) riñón	—	—	—	—	—	—	—	—

IV Σ Ignorada	*A) Con manifestaciones*	*a)* Σ II		10	8	3	2	24	4	—	—
		b) Σ III		7	4	5	8	7	4	16	6
		c) algias		—	5	1	—	1	8	25	6
		d) abortos		—	—	—	—	3	10	18	17
	B) Localizadas	*a)* meníngea		—	—	—	—	—	—	—	—
		b) cerebro		—	1	1	—	—	—	—	—
		c) médula		—	—	—	—	—	—	1	1
		d) nervios	óptico	—	3	3	—	—	—	-	1
			auditivo	—	—	—	—	2	—	3	—
			periférico	—	—	—	—	—	—	—	—
		e cardio vasculares		2	2	2	3	1	2	3	2
		f) hígado		—	—	—	—	1	—	—	—
	C) Sin manifestaciones R. W. positiva			23	27	50	26	7	12	44	13
V Σ Hereditaria	*C) Con manifestaciones*	Aspecto		—	—	—	1	—	—	—	—
		Cutáneas mucosas 2.as		—	—	—	—	—	1	—	—
		Cutáneas mucosas 3.as		1	—	—	—	2	1	1	—
		Cerebrales		1	—	1	—	—	—	—	—
		Oculares		—	1	2	—	—	—	2	—
	D) Sin manifestaciones con R. W. H° (positiva)			—	—	—	—	—	1	3	1
VI Σ Diagnosticados y tratados	*A) Con R. W. H^8 en el suero sanguíneo*			13	1	6	8	5	—	2	—
	B) Con R. W. y P. L. negativos			1	6	13	9	—	1	—	—
	C) Con R. W. y P. L. neg. y sintomatol.	arterial.		—	—	—	—	—	—	—	—
		cardíac.		—	—	—	—	—	—	—	—

CONSIDERACIONES. — Han desfilado por la Clínica Dermosifilopática, desde agosto de 1900 hasta septiembre de 1917, 14,072 enfermos, de los cuales 2,771 sifilíticos y de éstos 2,182 sifilíticos secundarios; dejo de lado los otros enfermos sifilíticos para sólo tener en cuenta aquéllos que recién adquirían su sífilis. El porcentaje que arroja por año es el siguiente:

1900. .	11.83	1906. .	12.41	1912. .	12.80
1901. .	18.25	1907. .	10.45	1913. .	11.55
1902. .	25.41	1908. .	7.11	1914. .	13.00
1903. .	30.30	1909. .	6.26	1915. .	14.56
1904. .	16.67	1910. .	8.48	1916. .	17.98
1905. .	15.37	1911. .	12.65	1917. .	15.52

Llama sobre manera la atención el porcentaje extraordinario correspondiente a los años 1901, 1902 y 1903, hasta un 30 o|o que va cayendo lentamente para tener un ascenso que no decae a partir del año 1911, a pesar que desde ese momento contábamos con un nuevo y poderoso medicamento para combatirla, el arsenobenzol.

La estadística global de los enfermos vistos en las Clínicas Dermosifilopática y Dermatológica (ésta desde el 1.° de julio de 1918), arroja un conjunto de 8,000 enfermos, sobre los cuales hay un total de un 9 o|o de sífilis iniciales, lo que es aún una suma demasiado elevada, ya que, en efecto, éste es uno de los seis dispensarios que funcionan en la Capital y antes de esa fecha sólo existían dos clínicas especiales, una a cargo del doctor Brito Foresti, la otra a cargo del extinto doctor Joaquín Canabal. En lo que se refiere a lo que va del año 1921, tenemos 238 casos de sífilis iniciales sobre un total de 1,750 enfermos, lo que da un 13 o|o de sifilíticos iniciales, porcentaje también elevado.

¿A qué atribuir ese enorme porcentaje? Nuestro país cuenta con una Inspección Sanitaria de Prostitución, cuyos médicos someten a una prolija revisación a las mujeres vendedoras de caricias, pero, como ya hemos tenido oportunidad de manifestarlo, en nota elevada a la Comisión del Instituto Profiláctico contra la Sífilis, no basta esa medida, que evita, es cierto, a mucha gente adquirir la sífilis. Actualmente, desde 1920, se ha extendido ese examen a las mujeres que habitan en las llamadas casas de "pensión", pero no se ha resuelto el problema capital de la lucha contra las enfermedades venéreas.

En efecto: en esas casas concurrían o habitaban lo que

podría llamarse la *crème* de las hetairas, que ante la perspectiva de verse, por una afección contagiosa, confinadas por tiempo más o menos largo en el Pabellón "Germán Segura", han optado por retirarse, no del ejercicio de la prostitución, sino a hoteles, a pequeños *homes*, donde continúan ejerciendo su rol, libres de temor y trabas. No por eso han cerrado su puerta esas pensiones; continúan ellas mismas abiertas, otras mujeres han sustituído a las anteriores. Quiere decir, pues, que no se ha resuelto el problema, sólo ha habido un desplazamiento de personas.

En esa nota exponía un esbozo que podía servir de base para una campaña en forma, que quizás chocará aún a los que mantienen a la sífilis en la categoría de enfermedad vergonzante, por falta de enseñanza de nociones de orden médico.

Eran ellos la sistematización del Wassermann en los inquilinatos, al igual de la vacunación obligatoria, tanto más justificable cuanto la sífilis endémica no da muchas veces sino muy poca sintomatología, su extensión al ejército y a la policía, ya propuestas por el doctor J. A. Rodríguez, y esbozábamos la extensión a las fábricas, talleres, empleados de asociaciones que gozan de los beneficios de la jubilación, aún de los empleados públicos, escuelas, etc. Sabemos bien que esto no es sino un solo punto de vista del problema.

En nuestro Parlamento, nuestro colega el doctor Mateo Legnani, ha presentado un proyecto sobre educación sexual desde la infancia. He aquí, evidentemente, la solución ideal del problema de la lucha contra las enfermedades venéreas. Es enseñando desde niño los más elementales e imprescindibles conocimientos que el hombre de mañana sabrá encarar la conservación de su salud.

Esa enseñanza, completada con nociones del rol de la higiene como preventiva de las enfermedades en general, pondrá a los ciudadanos del futuro en mejores condiciones de defensa que a la mayor parte de los actuales, no sólo contra las enfermedades venéreas, sino también contra sí mismo, ya que muchas personas por ignorancia caen infinidad de veces en mano del curanderismo, con evidente perjuicio de la salud pública, sin que la sanción legal alcance a quienes lo ejercen.

Discusión general de los trabajos anteriores

Francisco Cortabarría (Montevideo). — Quiero decir algunas palabras como Subdirector del Pabellón "Dr. Germán Segura", con respecto a lo que acaba de manifestar mi distinguida colega doctora Paulina Luisi. Parece que en sus investigaciones le han suministrado sólo datos que pintan la parte terrorífica del citado Pabellón. Es cierto que en alguna época se le temía mucho a aquella casa, pero también es cierto que de varios años a esta parte van enfermas voluntarias a las que les tenemos consideraciones especiales como, por ejemplo, dejarlas salir cuando nos piden permiso para ello, como me ha sucedido esta mañana, que una de ellas me ha pedido para salir y le he concedido. El número de voluntarias va en aumento. También es cierto que van de afuera a que las examinemos, cuando sospechan tener algo, y aunque compruebe que está enferma, no la detengo. De modo que no es aquello tan cárcel como se dice.

Paulina Luisi (Montevideo).—Me felicito de las declaraciones del doctor Cortabarría, que vienen en apoyo de mi tesis. El doctor Cortabarría corrobora mi afirmación de que las prostitutas que se asisten en el Pabellón "Dr. Germán Segura", enviadas allí por la Inspección Médica de la Prostitución, están en calidad de presas.

Afirma, además, que otras mujeres van voluntariamente a curarse y se retiran libremente después de curadas; lo que no contradice mi afirmación respecto a la condición de cárcel que tiene el Pabellón "Dr. Germán Segura" para las prostitutas reconocidas enfermas por la Inspección Médica de la Prostitución.

Además, el hecho notado por el doctor Cortabarría, de que hay mujeres que concurren voluntariamente, y el otro hecho que otras mujeres se resisten a ir porque saben que están presas, prueba muy a las claras que el régimen de coerción es una causa importantísima de la ocultación de las mujeres enfermas, del consiguiente clandestinismo y, por lo tanto, de la difusión de las enfermedades venéreas.

Quiero asimismo dejar constancia de que no he tenido la intención de atacar a la Dirección del Pabellón "Dr. Germán Segura", sino simplemente he querido poner de relieve las consecuencias forzosas en que se producen los hechos, lo que está necesariamente en la lógica natural del sistema de coerción que combato.

En cuanto a los datos que me ha suministrado la Policía, los obtuve primero hace dos años en una encuesta que hice sobre prostitución en el Uruguay, y fueron ratificados, no hace aún quince días, en una entrevista que tuve con el propio Jefe de la Policía de Investigaciones. No pueden, por lo tanto, ser más recientes.

Es de desear que el criterio hacia el tratamiento libre prevalezca. Me alegro de la protesta del doctor Cortabarría, que indica

por lo menos una intención hacia la libertad del tratamiento, cuya tesis he sostenido en mi trabajo.

Silva Araujo (Río de Janeiro). — Se manifiesta partidario del método de persuasión en general, tanto en lo que se refiere a la prostitución como del resto de la población.

Angel M. Giménez (Buenos Aires). — Respecto a la denuncia obligatoria de las enfermedades venéreas, comparto en parte la crítica hecha; conozco las dificultades con la tuberculosis, que da lugar a fraudes para ocultarla. Pero al proponer la declaración, lo he hecho siguiendo la legislación moderna de todos los países.

Arturo Serantes (Buenos Aires).—Elogia el sistema preventivo individual para la profilaxis de las enfermedades venéreas, y relata los resultados excelentes obtenidos en experiencias hechas en la Armada argentina.

Dr. Vignale (Montevideo). — Cree en la profilaxis de la población a base de un tratamiento preventivo con un paquete sanitario con pomada de Metchnikoff timolada, jabón de bicloruro y una bujía de protargol.

Entiende que debe hacerse una enérgica propaganda a la población, haciéndole ver las ventajas de este sistema curativo.

Pedro L. Baliña (Buenos Aires). — Dice que merece recordarse otro procedimiento muy simple y muy útil, que es la vaselina pura. Pregunta a los doctores Silva Araujo y Luisi, qué conducta se debe seguir con los infectantes que no se preocupan de evitar la propagación de su mal.

Salvador Pintos (Montevideo). — Manifiesta su acuerdo con lo expuesto por el doctor Serantes, pero advierte que todos los preventivos, sea la pomada al calomel al 40 o|o, sea el estuche profiláctico con protargol, etc., todos son buenos, aunque no absolutos; pero observa que las estadísticas tan favorables, publicadas sobre estos preventivos, han sido hechas sobre el Ejército y Armada, donde el soldado y el marino son penados si no cumplen con su reglamentación. En la marina norteamericana se obliga al marino a que se presente ante el Dispensario dentro de las 3 horas que siguen al coito, y por la pena él concurre, creando así una estadística preventiva muy favorable. Pero el pueblo ignora todo esto, y los que no lo ignoran, no lo usan por oneroso. Luego, creo que la verdadera profilaxis sólo se conseguirá con la educación del pueblo sobre estas enfermedades.

Silva Araujo (Río de Janeiro).—Manifiesta que si la legislación condenara el delito de contaminación, se evitaría esa conducta delictuosa.

Paulina Luisi (Montevideo).—Se me pregunta qué haríamos con los portadores de gonococos y treponemas que, por más que se insista con ellos para que se curen, se abandonan completamente y no se ocupan de atenderse, yendo después a propagar su enfermedad.

Yo contestaré con otra pregunta: ¿Qué harían los demás? En mi trabajo he sostenido la libertad del tratamiento, llamando la aten-

ción sobre la indiferencia que se observa respecto al factor **vehículo**, esto es, a los diseminadores de la enfermedad, los hombres que frecuentan la prostitución; y he comparado este abandono absoluto que se observa para con el hombre, con los procedimientos draconianos empleados con la mujer prostituta.

He dicho que los métodos liberales van a la vez en busca del foco de contagio (prostituta) y del vehículo de diseminación (cliente).

He leído las consideraciones del Bureau International d'Hygiéne, al respecto. Me he ocupado, sobre todo, de combatir el régimen de coerción al que, lo menos que se le puede acusar, es su inutilidad, y que, se sabe, es aplicado solamente a la mujer, dejando al hombre en completa libertad de diseminar sus microbios. He propuesto para todos el sistema de las enfermeras visitadoras y he hablado del decreto belga. Pero hay muchos procedimientos más, de que no me he ocupado porque no entran en el punto especializado encarado en mi trabajo.

Ante la pregunta que formula el doctor Baliña, nos encontramos como ante esta situación: ¿Qué se hace para que los tuberculosos, esos tuberculosos abiertos que siembran sus esputos con millares de microbios virulentos, no los anden echando un poco por todas partes?

Hago notar todavía que en el caso de la tuberculosis puede adquirir el contagio involuntariamente una persona cualquiera, por el solo hecho de respirar un ambiente infectado, mientras que con las enfermedades venéreas, en la inmensa mayoría de los casos el contagio se adquiere por acto **voluntario**, en cuya comisión se adquiere; podríamos decir hasta cierto punto, que se va a buscarlo.

Para este último caso se emplea todo un sistema médico-policial, mientras que contra la tuberculosis **no se hace nada**. Se trata, sin embargo, de enfermedades contagiosas, y del mismo modo, una como otra, debilitadoras y corruptoras de la raza.

Hay en la cuestión de las enfermedades venéreas toda la cuestión de la enseñanza sexual; de la responsabilidad sexual y de la profilaxis. Hay el delito de contaminación que nosotros admitimos, siempre que se establezca al igual para los dos actores, y que tenemos establecido en nuestro programa de la Federación Abolicionista, y que admitimos, como lo establece la legislación reciente de Suecia, cuyo texto puede leerse en el número del "Boletín del Office Internacional d'Hygiéne", de enero de 1920, pág. 8; ley sobre modificación del Código Penal sueco, capítulo 14, párrafo 21.

Alejandro Gallinal (Montevideo).—Manifiesta que aún con el régimen de asistencia libre no se conseguiría el "desiderátum" de que habla la doctora Luisi, porque hay toda una categoría de prostitutas que no irían al Pabellón "Dr. Germán Segura", aún con aquel régimen. Cree que lo conveniente sería propiciar la creación de otro dispensario en un lugar de los alrededores de Montevideo,

en donde se pudiera hacer el tratamiento, rodeando a las enfermas de cierto confort, que no existe en aquel pabellón hospitalario.

Fernández Verano (Buenos Aires).—Se adhiere en nombre de la Liga Argentina de Profilaxis Social a las conclusiones de la doctora Luisi, y en el sentido de completarlas, propone la creación de obras de rehabilitación de prostitutas.

Paulina Luisi (Montevideo). — Al doctor Gallinal le contestaré que siempre que se trate del régimen de coerción, las enfermas no irán voluntariamente a tratarse, porque estarán presas. Además, lo que él propone, un pabellón especial para las prostitutas aristocráticas,—pues es a ellas a las que se refiere—no altera para nada el problema, sino estableciendo una mayor injusticia por el hecho de dar a las aristócratas mejores tratos que a las demás, sin que por eso se encuentren eximidas de la odiosidad de la inscripción y de la prisión, porque están enfermas.

Y que la inscripción, además de odiosa es inútil, lo comprueba el hecho de que nadie cree en ella.

Yo les pregunto a todos los hombres médicos aquí presentes si por acaso, cuando quieren echar una cana al aire, van a una de las mil inscriptas (cifra que da la Policía). De ninguna manera.

Por lo demás, la mejor prueba de la inutilidad del sistema, que no queda mejorado ni beneficiado para nada con lo que propone el doctor Gallinal, está en el hecho siguiente: Montevideo tiene unos cuatrocientos mil habitantes más o menos, lo que da, según los métodos corrientes de cálculo, unos ciento cuarenta mil adultos. Teniendo presente que un 30 a 40 o|o de hombres casados frecuentan la prostitución, además de la cantidad de chiquillos y menores de 13 años en adelante que también lo hacen, yo pregunto si creen ustedes buenamente que la cifra de mil mujeres inscriptas es suficiente para esa clientela.

Esta observación prueba que todo el andamiaje hecho para la reglamentación es inútil. No quiero entrar en consideraciones morales ni insistir, sobre todo, en lo que hay de infame en este proceder social. Está en el convencimiento de todos, que no hay en los registros policiales sino una mínima parte de las prostitutas inscriptas, y que por más que se haga es imposible alcanzarlas a todas con los sistemas actuales. Todo el andamiaje establecido es inútil desde este punto de vista. Y que lo es igualmente del punto de vista de la profilaxis de esas mil inscriptas, se lo demuestra a ustedes mismos la respuesta que estarían obligados a darme, aunque fuera **in pectore**, si yo les pregunto: ¿Quién de ustedes confía en una libreta con el vistobueno de salud cuando frecuenta una de esas personas? ¿Quién de ustedes cree en ella y le confía la salvaguardia de su salud sin más trámites? Ninguno.

Alejandro Gallinal (Montevideo).—Manifiesta que en el trabajo del doctor Ricci nota un vacío: el referente a la acción profiláctica sobre el elemento **sui generis** que rodea los cuarteles. Tengo la ín-

tima convicción de que hasta ese elemento no podemos llegar, sino por intermedio del cuartel y de la Sanidad Militar.

Después de un viaje hecho a algunos de los centros de población del interior, he adquirido el conocimiento exacto de que la prostitución clandestina la ejercen las servidoras del servicio doméstico y las chinas cuarteleras, pero a éstas no podemos llegar sino por medio del propio soldado y de la Sanidad Militar. Para esto propongo se acepte una conclusión que propuse en el seno de la Sanidad Militar y es el de la creación de un dispensario especial en cada cuartel; donde no sólo se trate al soldado sino también a su china.

Ernesto Ricci (San José, Uruguay).—Manifiesta que no ha estudiado la sífilis en los cuarteles, porque en realidad consideró a éstos como un dominio aparte.

Que la población que rodea a las unidades militares vive como encerrada dentro del cuartel, y para hacer obra de profilaxis es menester llegar a ella dentro del cuartel mismo, como lo propone el doctor Gallinal.

Pero que en ciertas unidades no hay médico, por lo cual la obra de profilaxis se resentirá por la falta de idoneidad del que desempeña las funciones de tal. Por este hecho cree que en tales casos el Dispensario Departamental del Instituto Profiláctico podría instalar un servicio anexado al cuartel, servicio que estaría bajo la dirección de la Sanidad Militar.

Paulina Luisi (Montevideo). — Sobre reglamentación del trabajo de las mujeres, dejo mi voto en contra de esta proposición en lo que se refiere a la prohibición del trabajo nocturno de las mujeres, mientras no se establezca también para los hombres.

Cuando se verificó la Convención del Trabajo en Wáshington, en 1919, envié al Congreso Internacional de Mujeres Trabajadoras, varias observaciones que fueron repetidas ahora al Ministerio de Relaciones Exteriores. Hacía observar que la prohibición establecida en esa forma produciría mayores dificultades para el enganche de las mujeres, y, consecuentemente una mayor desocupación y su resultado conocido, aumento de la prostitución. Los hechos posteriores han confirmado mis temores; Grecia y Austria fueron los primeros países que pusieron en vigencia la Convención de Wáshington, a principios de 1920.

Los datos que he recibido de Asociaciones Internacionales a que pertenezco denuncian el aumento de la prostitución en aquellos países en una proporción abrumadora y relacionado íntimamente con el hecho de que se ha puesto en la calle a todas las mujeres empleadas en trabajos nocturnos: un enorme porcentaje de ellas ha ido a engrosar las filas de la prostitución. Las noticias en cuestión son de junio de este año.

En cuanto al otro punto, propongo que se diga simplemente Educación Sexual, sin entrar en mayores detalles.

Me extraña la declaración del doctor Gallinal, puesto que, hace

dos años, a propósito de una conferencia sobre Educación Sexual que organizó el Comité Abolicionista presidida por nuestro querido amigo el doctor Brito Foresti, recuerdo que el doctor Gallinal vino con el doctor Juan A. Rodríguez a felicitarme, y creo que no miento al decir que me felicitó efusivamente y se manifestó absolutamente de acuerdo conmigo "en todo,—dijo—menos en la cuestión del abolicionismo".

Alejandro Gallinal.—En la forma como se explicó la doctora Luisi, basándola en la educación de la voluntad, estoy de acuerdo.

Paulina Luisi.—Yo creo que el grave error cometido por una gran parte de los médicos, es que encaran solamente la Educación Sexual como una simple cuestión de profilaxis venérea. Esto es para mí un error profundo, que desnaturaliza todo el valor educativo y altamente moral de la Educación Sexual.

El tema es demasiado vasto para tratarlo aquí; lo trataré en el Congreso Médico Nacional, en el cual se leerá y discutirá un informe especial sobre ese tema y para el cual he sido honrada con la designación de relator. (1)

Propongo que se deje simplemente en el programa del doctor Giménez el término Educación Sexual, para dejar sentado la aceptación del Congreso en este sentido, sin entrar en mayores detalles.

---

(1) Véanse las publicaciones del Segundo Congreso Médico Nacional Uruguayo

SEGUNDA SESIÓN

MARTES 11 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 15

Presidencias de los doctores Aníbal O. de Roa (Buenos Aires), Roberto F. Wernicke (Buenos Aires), Arturo Serantes (Buenos Aires), Oreste Calcagno (Buenos Aires), Fernando Terra (Río de Janeiro) y Oscar da Silva Araujo (Río de Janeiro).

Secretario: Doctor Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

Oreste Calcagno. Acidos grasos totales saturados y no saturados de los aceites de chaulmoogra y bacalao y sus sales inyectables para el tratamiento de la lepra y tuberculosis.

Discusión por el doctor **Silva Araujo.**

Neocle Ragusin. Frecuencia de la sífilis nerviosa en la sífilis inicial.

Pedro L. Baliña. Tratamiento de las neuritis sifilíticas del óptico y del acústico.

Pedro L. Baliña. Concepto de la infección sifilítica y su tratamiento.

Ulysses de Nonohay. Syphilis e glándulas endocrínicas.

Salvador M. Pintos. Estado actual del tratamiento intraraquídeo en ciertas formas de sífilis nerviosa.

Acidos grasos totales saturados y no saturados de los aceites de bacalao y chaulmoogra y sus sales inyectables para los tratamientos de la lepra y tuberculosis.

POR EL DR. ORESTE CALCAGNO (Buenos Aires)
Doctor en Farmacia

Estas pocas líneas, que tengo el mayor gusto en leer en este Honorable Congreso, no son más que el resultado de pacientes estudios practicados sobre los aceites de chaulmoogra y bacalao.

Su interes es puramente químico, pero no deja por eso de interesar a la Medicina, porque los productos obtenidos sirven para el tratamiento de dos enfermedades que azotan al mundo.

Muchos experimentadores se han dedicado y siguen trabajando con inimitable empeño en este interesante asunto, figurando en primera línea Rogers, Dean, Mc. Donald, etc., los que aíslan los principios constitutivos de los aceites y estudian los mismos en su doble faz química y terapéutica.

Mi trabajo es el siguiente: he saponificado convenientemente los aceites de chaulmoogra y bacalao para separar luego sus ácidos grasos. He ensayado todos los métodos de saponificación y el que mejores resultados me ha dado ha sido practicar dicha operación con soda cáustica y bajo presión (5 a 6 atmósferas), durante 3 a 4 horas. Obtenida la saponificación, separé sus ácidos grasos por un ácido mineral y después de lavados y secados los destilé en el vacío.

Ahora bien: he de hacer notar que las constantes físicas y químicas siempre me han variado, debido, sin duda alguna, al aceite que se ha usado en la operación. Aún usando aceites de marcas que merecen toda confianza, he obtenido con los mismos constantes variables. Por consiguiente, estos ensayos, por así decirlo, no reunen la eficacidad del resultado, porque no estamos seguros de la proveniencia del aceite y, aún más, del método de obtención del mismo, punto de capital importancia en estos trabajos..

Ya sabemos la diferencia en la cantidad de ácidos grasos de cualquier aceite, cuando éste ha sido obtenido, en frío o en caliente, por presión o por disolventes; y si a esto unimos las diferentes especies de ginocardias, hydnocarpus, tarak-

togenus, etc., ¿podríamos dejar bien establecidos los resultados finales de nuestros trabajos? Yo digo que no.

En este sentido y a los efectos de poder hacer trabajos en beneficio de la lepra y de la tuberculosis, deseo pedir a este Honorable Congreso que se solicite a los Poderes Públicos la provisión de estos elementos con el grado de autenticidad comprobado y trabajar, así, en bien de la humanidad. Es lastimoso decirlo, no tener los elementos necesarios, cuando nos sobran los experimentadores y pacientes firmemente decididos.

En América del Norte los estudiosos obtienen triunfos sobre triunfos, porque les sobra el material de trabajo y todo tienen a su disposición.

Pasando a otro orden de cosas, haré notar que los autores ya mencionados nos hablan de aceite de chaulmoogra, pero no nos dicen en forma precisa cuál es, de qué planta, cómo ha sido obtenido, etc., etc. Esto sería, indiscutiblemente, muy importante para poder dirigir nuestras investigaciones en ese mismo sentido.

Iguales consideraciones pueden hacerse para el aceite de bacalao, que tan mezclado se encuentra con otros aceites, cuando no es puramente de sardina! Obtenidos, entonces, los ácidos grasos, se preparan las siguientes sales: sodio, potasio, amonio, magnesia, manganeso, cobre, níquel, cobalto, mercurio, uranio, zinc, hierro, estroncio, quinina, estricnina, esteres etílicos y esteres etílicos yodados.

Las sales sódicas, potásicas y amónicas, son solubles en agua, las otras son solubles en aceite. Las primeras se obtienen por simple salificación, las segundas por doble descomposición; los esteres etílicos, esterificando los ácidos grasos con alcohol etílico en presencia de ácido sulfúrico o clorhídrico.

Todas estas sales tengo el mayor agrado en presentarlas.

Con las sales sódicas de los ácidos grasos del aceite de chaulmoogra en solución al 5 o|o y puesto en contacto con cultivos de bacilos de Koch en caldo glicerinado en estufa a 37° durante 30 días en diluciones de 1 en 10 hasta 1 en 1,000, he obtenido la destrucción de la ácido resistencia de dichos bacilos. La película transplantada en nuevo caldo de cultivo no desarrolló.

Practicado el ensayo con la sal sódica de los ácidos grasos del aceite de bacalao, no he conseguido la destrucción de la ácido resistencia. De ahí, entonces, que no ofrecen interés alguno los trabajos con este aceite.

Las sales sódicas de los ácidos grasos del aceite de chaulmoogra, lo mismo que las potásicas y amónicas, pueden prepararse en soluciones del 1 al 5 o|o en agua destilada citratada para uso hipodérmico. La vía endovenosa es la más hospitalaria, pero al cabo de un tiempo, corto o largo, aparece un esclerosamiento de las venas (parcial). En forma intramuscular, estas inyecciones son dolorosas y no pueden soportarse.

Las otras sales: uranio, magnesia, cobre, hierro, etc., son solubles en aceite y pueden inyectarse en forma intramuscular; las dosis son de 0.01 a 0.04 gramos por cc. de aceite de olivas o almendras, que mejor será guayacolarlo, para que la inyección resulte menos dolorosa. Estas inyecciones son soportables y no producen induraciones.

Los esteres etílicos pueden inyectarse en proporciones de 1 a 50 o|o, y hasta puros; son perfectamente tolerables, no producen induraciones y sus inyecciones son indoloras. Las dosis son progresivas, comenzándose con 1 cc. y aumentando de 1|2 cc. por inyección hasta llegar a 5 cc.

Estas dosis no son rigurosas; pueden practicarse inyecciones con dosis diferentes, las que escapan a nuestro dominio y pasan de lleno al cuerpo médico.

En vista o en presencia de estas nuevas sales, conviene hacer un estudio prolijo sobre pacientes, tratándolos con sales sódicas o esteres etílicos puramente, o haciendo las inyecciones alternadas.

Con los ácidos grasos del aceite de bacalao he preparado las mismas sales que he indicado para el aceite de chaulmoogra; tienen la misma solubilidad y las dosis inyectables son las mismas. Desgraciadamente no tienen una acción terapéutica que pueda interesar.

Adjunto las sales, que tengo el mayor gusto en presentar a este Honorable Congreso.

CONCLUSIONES

1.° Variando la calidad de los aceites, varían las constantes físico-químicas.

2.° Los ácidos grasos del aceite de chaulmoogra destruyen la ácido resistencia del bacilo de Koch *in vitro*.

3.° Los ácidos grasos del aceite de bacalao no tienen acción sobre la ácido resistencia de los bacilos de Koch *in vitro*.

4.° La actuación de estos ácidos grasos sobre los bacilos ácido-resistentes, es de acción química y catalítica.

5.° La acción de los ácidos grasos del aceite de chaulmoogra sobre los bacilos de Koch, se manifiesta, además, en forma lipásica, (¿específica?) bacteriolizante de la envoltura adipocerea.

Esta quinta conclusión sigo estudiándola detenidamente.

Oscar da Silva Araujo (Río de Janeiro). — Presenta al Congreso preparaciones de aceite de chaulmoogra inyectable, fabricadas en Río de Janeiro, y que son utilizadas en el Brasil con muy buen éxito en el tratamiento de la lepra.

Frecuencia de los síntomas nerviosos en la sífilis comenzante

Algunas consideraciones

POR EL DR. NEOCLE RAGUSIN (Buenos Aires)
Jefe del Servicio Dermato-Sifilográfico del Hospital Militar Central (Buenos Aires)

Señores:

Hace tiempo que se estudia la época probable de la localización de la espiroqueta en la sustancia nerviosa, pero es realmente en estos últimos años que se han proseguido con ahinco estas investigaciones.

Antes del descubrimiento de la espiroqueta y de la reacción de Wassermann, sólo por datos clínicos se llegaba a alcanzar la época más o menos cierta del comienzo de las manifestaciones nerviosas, y su observación no ha escapado a sagaces investigadores, como lo prueba una serie de trabajos dispersos en la literatura médica.

Mas, recientemente, con la reacción de Wassermann, hecha en los líquidos del organismo y especialmente en el líquido céfalo-raquídeo, un ancho campo se ha presentado a los sifilógrafos, llegándose a confirmar hechos apenas sospechados.

La alteración del líquido céfalo-raquídeo, tanto humoral como citológica, ha venido a confirmar las sospechas de que la localización de la sífilis en el sistema nervioso, se hace desde el comienzo de la infección, como, con mucha probabilidad, se hace también en las paredes de los grandes y pequeños vasos, y como se ha de hacer en todas y cada una de las

partes del organismo; puesto que la sífilis es una septicemia que no respeta órgano ni región; es una septicemia general, y su mayor o menor influencia sobre tal o cual órgano de la economía, será tanto mayor, cuanto menor sea su resistencia frente a la enfermedad.

Esta forma de impregnarse la enfermedad en el organismo le da a la sífilis un carácter particular, distinto al de otras dolencias, el que se manifiesta por una serie infinita de síntomas o lesiones, que aparecen por brotes más o menos alejados, los que caracterizan a los distintos períodos de la enfermedad.

Cada órgano o sistema de la economía reacciona frente a la enfermedad a su manera y exterioriza su dolencia por síntomas más o menos apreciables.

Pero, el síntoma es una consecuencia, es el resultado de lesiones preexistentes, él revela alteraciones o destrucciones hechas o en vías de hacerse, que si bien pueden agravarse más y más, no por eso han dejado de preexistir. De aquí resalta la conveniencia para todas las enfermedades, y en especial para la sífilis, tan polimorfa en sus manifestaciones, de investigar su posible existencia; en una palabra, adelantarse a la aparición del síntoma, si esto fuera posible.

Además, en la sífilis, la presencia de un síntoma cualquiera impone la obligación de investigar todos los demás cuya existencia sea presumible, y en especial cuando ellos pertenecen a la esfera del sistema nervioso.

Es una particularidad especial de este sistema, el manifestar sus lesiones por síntomas que por mucho tiempo pasan en forma silenciosa, sin causar mayores trastornos al enfermo. Un examen escrupuloso permite, en la mayoría de las veces, descubrir estos síntomas en sifilíticos aparentemente sanos, y si bien su conjunto no llega a hacer el diagnóstico de una enfermedad, por lo menos nos ponen en la situación de preservar al individuo contra mayores males.

En la sífilis inicial hay algunos de estos síntomas nerviosos que se presentan muy precozmente, casi podríamos decir, con la iniciación de la enfermedad, y es el estudio de ellos el que ha de ocupar un momento vuestra atención, en razón de la extrema importancia que tiene para el porvenir de los sifilíticos.

Desde hace varios años sigo con especial interés la observación de estos síntomas, y el presente trabajo está basado

en el examen de ciento treinta y dos casos de sífilis inicial, de los cuales, treinta y uno de ellos han presentado una sintomatología nerviosa que he de describir e interpretar.

La aparición de algunos síntomas nerviosos en la sífilis inicial y la suposición de que el sistema nervioso es atacado desde el comienzo de la enfermedad, hace tiempo fué descripto por algunos investigadores y merece especial mención el trabajo de Lang, quien, en 1880 (en la "Wiener medizinische Wochenschrift"), entre sus varios trabajos sobre la sífilis, describía la temprana aparición de las afecciones del sistema nervioso central en algunos casos de sífilis grave y en especial describía *la irritación meníngea* en la sífilis comenzante. En ese trabajo, Lang entiende por irritación meníngea a un grupo de síntomas, los cuales acompañan al exantema sifilítico y algunas veces hasta lo preceden. Generalmente son síntomas de corta duración, pero algunas veces, son mucho más persistentes y parecerían el comienzo de una afección sifilítica del sistema nervioso.

Caracterizaban a esta *irritación,* las cefaleas, el decaimiento general, vértigos, zumbidos de oído, pequeño ascenso de la temperatura, aumento de la frecuencia del pulso, o, por el contrario, bradicardia, y por último desigualdad pupilar.

Aún más: él separa de la anterior *la irritación meníngea espinal,* representada por dolores y parestesias en las piernas, en unión con una debilidad y cansancio de ellas.

Más o menos al mismo tiempo, Jarisch ("Wiener Medizinische Blätter", 1881) y Finger ("Über eine konstante nervöse störung bei florider Syphilis, Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis", 1881), comprobaban un interesante síntoma, el cual, segun ellos, indicaba un proceso irritativo de la médula o de sus envolturas. Este síntoma, que con frecuencia se observa, está representado por un aumento en intensidad de los reflejos tendinosos, hay hiper-reflexia, que después de varios días va disminuyendo hasta establecerse una verdadera hipo-reflexia, la cual paulatinamente desaparece hasta hacerse normales todos los reflejos.

Magnus Möller ("Archiv für Dermatologie", 1891), estudia cinco casos de lesiones medulares en el comienzo de la infección sifilítica, en los cuales, al mismo tiempo o muy poco tiempo después de la aparición de los síntomas secundarios de la piel y mucosas, se presentaron en todos ellos dolores en

la columna vertebral, uno con paresia vesical, los otros con moderadas paraplegias; enfermos que al principio mostraban en sus reflejos el síntoma de Jarisch y Finger.

Nonne, en su trabajo "Syphilis und Nervensystem", después de hacer consideraciones sobre la exaltación de los reflejos en algunos casos de sífilis inicial, se expresa en la siguiente forma: "desde Rumpfs y Naunyns sabemos nosotros, que dentro de los primeros años y no muy raramente dentro de los primeros meses de la infección sifilítica, puede producirse una verdadera afección orgánica del sistema nervioso".

En la literatura francesa existen algunas menciones al respecto, pero, sin duda alguna, es Ravaut con sus numerosos trabajos sobre el líquido céfalo-raquídeo, desde 1901, quien pone en el tapete esta cuestión de la infección del sistema nervioso por la espiroqueta, desde el comienzo de la enfermedad.

Numerosos trabajos han seguido a éstos y puede decirse que es el estudio del líquido céfalo-raquídeo el que permite despistar en la mayor parte de los casos esta faz nerviosa de la sífilis inicial. El ha venido a completar el estudio clínico y a dar fuerza sintomática a las alteraciones del sistema nervioso y sus envolturas, que se comprueban en el comienzo de la infección.

Casos observados:

De 132 enfermos con sífilis inicial observados en mi Servicio del Hospital Militar Central de Buenos Aires, referiré la historia clínica de 31 de ellos, que presentaban síntomas clínicos y alteraciones del líquido céfalo-raquídeo. De este total de enfermos, algunos más presentaban también síntomas nerviosos, pero no he podido obtener de ellos el permiso para hacerles la punción lumbar, por eso no los incluyo en las historias que presento: sin embargo, estoy seguro que, por la sintomatología que presentaban, deben haber tenido alteraciones del líquido céfalo-raquídeo. El número de ellos fué de ocho, que sumados a los treinta y uno que describo, hacen un porcentaje de 29.55 o|o de manifiesta afección sifilítica del sistema nervioso central desde el comienzo de la infección. (Debo agradecer la especial dedicación que tomaron para los estudios de laboratorio los doctores F. Justo y S. Mazza, sucesivos Jefes del Laboratorio del Hospital Militar).

Núm. 1.—Edgardo R., subteniente, 25 años, 3-1-917, 52 días de la infec.—Sifílides papulosas abundantes, fuertes cefaleas, grandes dolo-

res en las piernas, pulso normal, 88 por minuto. Reflejos: en los brazos, normales; abdominales, exagerados; patelares, exagerados; aquilianos, exagerados. Babinski, no existe; Oppenheim, aparente; Romberg, bien marcado. Anisocoria, PD > PI, ligera miosis. Intenso nervosismo general. Wassermann de la sangre + + + con 32 o|o de linfocitosis. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, moderada linfocitosis.

Núm. 2.—Nicolás P., 29 años, sargento, 1-3-17, 63 días de la infec. —Chancro duro cicatricial, poliadenitis generalizada, sifílides pápulo-pustulosas, gran cefalea, pulso 114 por minuto, poco tenso. T. 37º por la mañana y 38º2 por la noche. Dolores lumbares. Reflejos: de los brazos, normales; patelares, exagerados; aquiliano, exagerado; abdominal y cremastérico, normal; clonus del pie. Babinski, existe; Romberg, bien manifiesto. Pupilas normales, reaccionan bien. Wassermann de la sangre, +, con 42 o|o de linfocitosis. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 5 a 6 linfocitos por campo. (En la semana que ha precedido a la erupción ha tenido dos ataques epileptoides, sin antecedentes de ningún género).

Núm. 3.—Lusgardo Z., 32 años, teniente, 17-1-16, 40 días de la infecc.—Chancro duro de la región deltoidea I. Poliadenitis generalizada, roseola, placas mucosas bucales y anales, cefalalgias, vértigos, anemia. Pulso regular, 128 por minuto. Gran irritabilidad del carácter. Anisocoria P. D. > P. I. con midriasis. Reflejos: de los brazos, exagerados; abdominales, exagerados; cremastéricos, normales; patelares y aquilianos, exagerados. Babinski y Oppenheim, manifiestos; Romberg, muy manifiesto. Wassermann de la sangre, + +, con 36 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, 8 linfocit. por campo. (Este enfermo sufre a los tres meses una intensa mielitis transversa, causándole la muerte uno y medio meses más tarde).

Núm. 4.—Francisco M. de, 30 años, empleado, 9-9-17, 52 días de la infecc.—Chancro cicatrizado, sifílides papulosas, poliadenitis generalizada, placas mucosas de la boca, cefaleas continuas, dolores osteóscopos, gran decaimiento, vértigos, zumbidos de oídos, somnolencia. Todos los reflejos cutáneos y tendinosos muy exagerados. Romberg, bien manifiesto. Pupilas midriáticas, iguales. Pulso 102 por minuto, buena tensión. Wassermann de la sangre, + +, con 57 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann: +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 15 a 18 linfocitos por campo. (L. C. R. algo turbio).

Núm. 5.—Miguel R., 21 años, soldado, 2-5-916, 58 días de la infec. —Cicatriz del chancro, adenopatía generalizada, fuertes cefaleas y dolores osteóscopos, decaimiento general. Pulso 104 por minuto. Temp. matinal 37º2 y la nocturna 38º5. Sueños terroríficos. Todos

los reflejos exagerados. Romberg, bien manifiesto. Wasermann de la sangre, — — —, con 28 o|o de linfocit. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, aument.; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, + —; Reacción meníngea, 12 linfocitos por campo. (Este enfermo sufre una queratitis a los cinco meses de la enfermedad, y un año después una hemiparesia derecha).

Núm. 6.—Bernardo P., 32 años, oficial de la Armada, 51 días de la enfermedad.—Sifílides maculosas, poliadenitis universal, intensa cefalea, vértigos, mareos, zumbidos de oído, estado nauseoso. Pulso igual y tenso, 118 por minuto. Reflejos: de los brazos, normales; abdominales, normales; cremastérico, algo exagerados; patelares, muy exagerados; aquiliano, exagerado; Oppenheim, marcado. Romberg, muy manifiesto. Parestesias en ambas piernas. Anisocoria, P. I. > P. D., con conservación de los reflejos. Wassermann de la sangre, + +, con 27 o|o de linfocit. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, escasos linfocitos. (A los dos meses, a pesar de un energico tratamiento, se produce una parálisis facial derecha, que cura bien. Ocho meses más tarde, nueva parálisis facial del mismo lado y que no llegó a restituirse íntegramente).

Núm. 7.—Mario G., sargento, 34 años, 46 días de la infecc., 17-5-17.—Chancro duro escrotal, adenopatía inguinal y cervical, roseola moderada, gran cefalea nocturna, insomnio, zumbido de oídos. Dolores lumbares. Albúmina 3 gr. o|o. Pulso 92 por minuto. Pupilas normales. Reflejos cutáneos y tendinosos normales. Ligero Romberg. Wassermann de la sangre, + + +, con 47 o|o de linfoc.; Líquido céfalo-raquídeo: Presión, algo aumentada; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +. R. meníngea, tres linfocitos por campo.

Núm. 8.—Elvira G., esposa del número 7, 26 años, 50 días de la infecc. por el esposo, 21-9-18. — Chancro gigante del gran labio, adenopatía leñosa en ambas ingles, micropoliadenitis, roseola abundante, grandes cefaleas y dolores osteóscopos. Anisocoria con conservación de los reflejos, P. D. > P. I. Ligera sordera D. Los reflejos cutáneos y tendinosos son normales. Romberg, manifiesto. Wassermann de la sangre, + + con 27 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, ++; Reacción meníngea, no se observan elementos. (Tres meses más tarde, fuertes dolores oculares y cefaleas, terminando a los pocos días con una parálisis del motor ocular común).

Núm. 9.—Nicolás de la P., 20 años, empleado, 6-10-16, tres meses de la infecc. No tratado.—Poliadenitis generalizada, leucoderma del cuello y frente. Alopecia en claros. Placas mucosas en la boca. Vértigos, insomnio, gran cefalea, gran cansancio muscular. Exageración de todos los reflejos cutáneos y tendinosos. Irritabilidad muy manifiesta. Ligera anisocoria, con conservación de los reflejos pupilares, iris muy inestable. Pulso regular, poco tenso, 128 pulsaciones. Wassermann de la sangre, + + +, con 39 o|o de linfoc. Líquido

céfalo-raquídeo: Presión, exagerada; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, + + +; Reacción meníngea, 80 linfoc. por campo. (Curado, abandona todo tratamiento, y ocho meses más tarde, grandes cefaleas, hemiparesia izquierda. Una nueva punción da salida a un L. C. R. de aspecto lechoso, con innumerables leucocitos).

Núm. 10.—Francisco R., 27 años, zapatero, 22-6-917, 69 días de la infecc.—Restos de chancro del meato, escasas pápulas gigantes, condilomas planos del ano. Ligeras cefaleas y dolores osteóscopos. Raquialgias nocturnas. Pulso 96. Exageración de todos los reflejos cutáneos y tendinosos de las piernas. Clonus de los pies. Romberg, moderado. Pupilas midriáticas, iguales y reaccionan bien. Wassermann de la sangre, + + +, con 38 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, + + +; Reacción meníngea, escasos linfocitos. (Curado con aceite gris y yoduro, presenta a los 13 meses una paraplegia completa, acompañada de un sarcocele izquierdo).

Núm. 11.—Ricardo B., 35 años, capitán, 51 días de la infecc., 6-5-918.—Cicatriz del chancro, poliadenitis, escasa roseola, intensa cefalea, vértigos, zumbido de oídos. Reflejos tendinosos, en general muy aumentados. Anisocoria, P. D. > P. I. Wassermann de la sangre, + +, con 22 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 7 a 8 linf. por campo.

Núm. 12.—Pedro I., subteniente, 22 años, 37 días de la infec. 2-7-919.—Discreta roseola, poliadenitis general, cefaleas intensas, sensación de vértigo. Exageración de todos los reflejos tendinosos y cutáneos. Irritabilidad del carácter. Romberg, bien manifiesto. Pulso 108 por minuto, regular y de buena tensión. Wassermann de la sangre, —, con 35 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, escasos linfocitos. (Se presenta al mes y medio con cefaleas D y una neuroretinitis hemorrágica en el ojo D.).

Núm. 13.—Ignacio I., 32 años, 25-5-919, 60 días de infecc.—Micropoliadenitis generalizada, alopecia en claros, cefaleas, vértigos, temblor generalizado. Exageración de todos los reflejos cutáneos y tendinosos. Temp. de 37°5 a 39°. Pulso 114 por minuto. Romberg, bien manifiesto. Wassermann de la sangre, + + +, con 32 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, — +; Reacción meníngea, escasos linfocitos.

Núm. 14.—Samuel G., 22 años, soldado, 30 días de la infecc. 9-2-917.—Roseola moderada, poliadenitis, cefaleas. Reflejos normales. Anisocoria, P. D. > P. I. Pulso, 98 por minuto. Wassermann de la sangre, — —, con 31 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; None Apelt, —; Reacción meníngea, ningún elemento.

Núm. 15.—Alfredo M., 21 años, soldado, 40 días de la infecc. 22-2-19. Chancro labial, gran adenopatía del cuello, microadenitis ge-

neralizada. Fuertes cefaleas, temblor, zumbido de oídos. Reflejos normales. Romberg, apreciable. Pupilas, midriáticas. Wassermann de la sangre, + —, con 37 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, —; Reacción meníngea, 7 a 8 linfocitos por campo.

Núm. 16.—Santiago F., 22 años, soldado, 35 días de la infecc. 13-7-19. Erupción papulosa muy abundante, escasa reacción ganglionar. Gran cefalea. Reflejos: de los brazos, aumentados; abdominales, ídem; cremastéricos, ídem; patelares, ídem; aquilianos, ídem. Anisocoria, P. I. > P. D. Miosis. Wassermann de la sangre, + —, con 31 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, algunos linfocitos por campo.

Núm. 17.—Juan P., 22 años, cabo, 74 días de enfer. 5-6-919.—Roseola recidivante moderada, poliadenitis, cefaleas, sensación de hormigueo en ambas piernas. Pulso, 109 por minuto. Pupilas en miosis, iguales. Reflejos, algo aumentados. Wassermann, + + +, con 29 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, 10 a 12 linfocitos por campo.

Núm. 18.—Francisco B., mayor, 41 años, 1-10-917, 39 días de enf. —Discreta roseola, poliadenitis generalizada. Intensa cefalea, vértigos, decaimiento general. Exageración de todos los reflejos. Romberg y Babinski, bien apreciables. Sensación de embotamiento de la sensibilidad, en ambas piernas. Gran ardor en la planta de los pies. Ligera anisocoria, con conservación de los reflejos. Wassermann de la sangre, + +, con 42 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 6 a 7 linfocitos por campo. (Un año más tarde se presenta con una neuritis óptica del ojo D.).

Núm. 19.—Vicente V., 31 años, empleado, 29 días de la infecc., 7-12-18.—Roseola a grandes elementos, cefalalgias nocturnas, insomnio, vértigos. Reflejos, normales. Pupilas, midriáticas. Romberg, bien visible. Wassermann de la sangre, —, con 27 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, —; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, 10 a 12 linfocitos por campo.

Núm. 20.—Julián D. C., 22 años, soldado, 31 días de enferm., 7-6-919.—Chancro duro, dorso del surco balano-prepucial, adenitis múltiple, gigante en ambas ingles. No hay elementos cutáneos ni mucosos. Cefaleas, vértigos, insomnio, malestar, sueños terroríficos. Reflejos, algo exagerados. Romberg, bien manifiesto. Wassermann de la sangre, — —, con 37 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, —; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, ningún elemento.

Núm. 21.—Eduardo C., 17 años, estudiante, 26 días de enferm., 14-2-19.—Chancro del labio inferior. Adenopatía cérvico-inguinal, moderada roseola, cefalalgias, insomnio. Pulso, 104 por minuto. Re-

flejos, normales. No hay Romberg. Anisocoria, P. I. > P. D. Wassermann de la sangre, +, con 42 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, — +; Nonne Apelt, —; Reacción meníngea, escasos leucocitos.

Núm. 22.—Pedro P., 29 años, sargento, 48 días de enferm., 15-11-19.—Cicatriz del chancro, poliadenitis generalizada. Sifílides pápulo-pustulosas, angina. Cefaleas. Pulso, 118 por minuto. Anisocoria, P. D. > P. I. Reflejos: de los brazos, normales; abdominales, normales; cremastéricos, normales; patelares, muy exagerados; aquilianos, muy exagerados. Romberg, bien manifiesto. Clonus de los pies, moderado. Wassermann de la sangre, + +, con 39 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 10 a 12 linfocitos por campo.

Núm. 23.—Joaquín E., 26 años, teniente, 16-2-920, 37 días de enferm.—Cicatriz del chancro, micropoliadenitis, una que otra pápula dispersa, cefalea, vértigos, zumbidos de oídos, insomnio. Anisocoria muy marcada, P. D. > P. I. Pulso, 127 por minuto. Excitabilidad refleja muy marcada. Romberg, moderado. Wassermann de la sangre, + +, con 29 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 20 linfocitos por campo. Algunos polinucleares. (Tres meses más tarde, nuevamente cefalea y a continuación ataques epileptiformes).

Núm. 24.—José E., subteniente, 51 días de enfer., 7-1-920.—Roseola moderada, poliadenitis inguinal y cervical. Grandes dolores osteóscopos, cefaleas, vértigos, estado nauseoso. Pulso, 102 por minuto. Anisocoria, P. D. > P. I. Hiperreflexia, generalizada. Romberg, apenas apreciable. Wasserman de la sangre, + + +, con 33 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, escasos linfocitos. (Tres meses más tarde, cefaleas del lado D. y pocos días después hemiplegia izquierda).

Núm. 25.—Ramiro G., estudiante, 51 días de enferm. 5-6-920.—Se presenta por grandes cefaleas, vértigos, zumbidos de oídos, náuseas, insomnio. Al examen poliadenitis generalizada, moderada roseola, placas mucosas bucales. Hiperreflexia general. Romberg, muy manifiesto. Wassermann de la sangre, + + +, con 29 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, algo aumentada; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, algunos linfocitos y polinucleares.

Núm. 26.—José A., empleado, 31 años, 47 días de enferm., 7-2-920.—Roseola abundante, placas, mucosas anales, faringitis, cefalalgia, vértigos, insomnio, sueño muy intranquilo. Taquicardia, 127 pulsaciones. Decaimiento general. Moderado aumento de los reflejos. Romberg, moderado. Pupilas iguales, midriáticas. Wassermann de la sangre, + + +, con 37 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; None Apelt, + +; Reacción

meníngea, algunos linfocitos. (Dos meses más tarde, cefaleas, ideas de persecución, taquicardia, de 128 a 140. Exoftalmia).

Núm. 27.—Víctor L., 24 años, teniente, 47 días de enfer., 3-6-919. —Sifílides papulosas muy abundantes, ganglios gigantes en las ingles, poliadenitis generalizada. Cefalea moderada. Pulso, 98 por minuto. Reflejos cutáneos y tendinosos, aumentados. Romberg, manifiesto. Ligera anisocoria, hay miosis. Parestesias dolorosas en ambas piernas. Wassermann de la sangre, + +, con 37 o|o de linf. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, escasos linfocitos. (Cuatro meses más tarde muy fuertes cefaleas, exageración de los reflejos, enorme taquicardia, 130 a 135. A pesar de un nuevo tratamiento, un mes más tarde hemiplegia derecha).

Núm. 28.—Horacio S., 22 años, soldado, 43 días de enfer., 7-3-920.—Roseola abundante, placas mucosas bucales, cefaleas, irritabilidad del carácter, insomnio, zumbidos de oídos. Raquialgia muy marcada. Bradicardia, 58 puls. por minuto, buena tensión. Anisocoria, P. D. > P. I. Hiperreflexia, especialmente en las piernas. Parestesias dolorosas, sensación de quemadura en los pies. Wassermann de la sangre, + —, con 37 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + +; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, 20 linfoc. por campo. (Cinco meses más tarde meningomielitis y parálisis de la vejiga).

Núm. 29.—Manuel A., soldado, 22 años, 67 días de enferm, 5-10-19.—Roseola abundante, poliadenitis universal. Fuerte cefalea. Reflejos, algo aumentados. Romberg, moderado. Pupilas, midriáticas. Wassermann de la sangre, + + +, con 39 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, aumentada; Wassermann, + —; Nonne Apelt, + +; Reacción meníngea, escasos leucoc. (Seis meses más tarde, cefaleas, ataques epileptoides, pérdida de la memoria, ideas de persecución. Está recluído).

Núm. 30.—Antonio José G., guardián de cárcel, 36 años, 40 días de enfer., 8-11-20. — Roseola máculo-papulosa, múltiples ganglios. Gran cefalea, estado neurasténico. Pupilas miósicas, reaccionan bien. Hiporeflexia. Ideas de suicidio. Romberg, muy marcado. Orina, con 8 por mil de albúmina. Wassermann de la sangre, + + +, con 25 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, aumentada; Wassermann, + +; Nonne Apelt, +; Reacción meníngea, tres linfocitos por campo. (Un mes más tarde, grandes cefaleas, vértigos, náuseas y luego hemiplegia izquierda).

Núm. 31.—José L., teniente, 24 años, 49 días de enf., 7-6-920. — Sifílides pápulo-pustulosas poco abundantes, cefaleas moderadas, zumbidos de oídos. Reflejos, normales. Romberg, moderado. Wassermann de la sangre, + +, con 47 o|o de linfoc. Líquido céfalo-raquídeo: Presión, normal; Wassermann, + —; Nonne Apelt, +; R. meníngea, ocho linfocitos por campo. (Ocho meses más tarde, dolor en el fondo del ojo derecho y pérdida de la visión por atrofia del nervio óptico).

He creído necesario hacer estas historias resumidas de los enfermos y al mismo tiempo hacer resaltar las principales reacciones de la sangre y del L. C. R.; porque en esta forma se puede hacer un rápido juicio sobre cada una de ellas.

No todos los enfermos de sífilis inicial presentan síntomas nerviosos, pero una buena cantidad de ellos tienen, como puede verse en las historias clínicas, una sintomatología que encuadra dentro de las alteraciones del sistema nervioso central.

La cefalea, los vértigos, los zumbidos de oído, la irritabilidad del carácter, etc., hablan en favor de una neta afección del S. N., ya sea en toda su extensión, como también en partes de él. Esta sintomatología puede variar al infinito y presentar tantas modalidades como combinaciones pueden hacerse con las partes nobles del cerebro y médula.

La anisocoria, la miosis, la midriasis, la exageración o disminución de los reflejos, el clonus y tantos otros síntomas, nos hablan de alteraciones del sistema conductivo.

La taquicardia, algunas veces tan acentuada, y eso especialmente cuando hay una acumulación de síntomas cerebrales, es de origen central indiscutible. En varios de los casos descriptos, veréis taquicardias hasta de 140 pulsaciones, no habiéndose encontrado ninguna sintomatología que hubiera hecho sospechar lesiones del corazón. Más aún, el porvenir de algunos de esos enfermos nos ha venido a mostrar cuál era la lesión que se estaba incubando, y así veréis en el caso número 27, por ejemplo, que tuvo durante más de dos meses una intensa cefalea, que se acompañaba de una taquicardia de 130 a 135 pulsaciones; y que al cabo de ese tiempo se presenta una hemiplegia por endarteritis sifilítica. Esto, bien visible en este enfermo, se observa en forma frustra en otros casos, y más de una vez hemos visto taquicardias en sífilis recientes, sin otra sintomatología. Hoy, conociendo su existencia y su concomitancia con las lesiones del S. N. C., sabemos el valor que debemos darle.

Las alteraciones pupilares, que pocas veces las buscamos en la sífilis inicial, no es una exageración, son más frecuentes de lo que uno puede creer, y a estas alteraciones, tanto en la forma como en la reacción pupilar, debemos darle el valor de un síntoma, de un síntoma de certidumbre, y, más aún, de un síntoma grave.

Es cierto que muchas veces este síntoma retrocede por efec-

to del tratamiento, pero no pocas queda estable y definitivamente, como indicando la existencia de la enfermedad.

La acentuada exageración de los reflejos patelares, y del tendón de Aquiles, el clonus del pie, el Romberg, etc., establecen claramente la existencia de alteraciones medulares, y veremos que en la generalidad de los casos ellos desaparecen por efecto del tratamiento, cuando éste es bien llevado; pero, cuando no se los busca, cuando el enfermo no acusa por alguna causa su existencia, entonces, por debilidad del tratamiento o por demasiada confianza en el éxito de él, estas lesiones medulares siguen paulatinamente su curso progresivo, hasta que estallan en forma impresionante y quizás algunas veces fatal para el enfermo.

Esta breve reseña sobre las manifestaciones nerviosas en la sífilis inicial, nos hará recapacitar cada vez más y más, sobre la necesidad de un tratamiento apropiado a cada caso clínico.

La punción lumbar en muchos casos de sífilis comenzante, nos muestra una serie de alteraciones más o menos frecuentes del L. C. R.

Estas alteraciones se refieren tanto a la presión, a la existencia del fenómeno de Wassermann, a su tenor en albúminas y especialmente de las globulinas (Reacción de Nonne y Apelt), como, finalmente, en lo que se refiere a la denominada *reacción meníngea;* es decir, a la presencia de elementos celulares anormales, en calidad y cantidad.

La presión del L. C. R., que algunas veces he visto aumentada, es, por lo general, normal, en estos casos de sífilis inicial.

La frecuencia del Wassermann es muy constante, en las sospechadas lesiones del neuro-eje, y su intensidad, puede decirse, está en relación con la intensidad de los fenómenos meningo-cerebro-medulares.

La reacción de Nonne-Apelt es también muy constante: ella corre pareja con la reacción de Wassermann, y si bien su sola existencia no afirma la presencia de lesiones del S. N., su asociación con el Wassermann o con la reacción meníngea, da mayor valor a éstas.

La reacción meníngea está representada por una serie de elementos celulares, cuyo número tiene importancia, pero mayor la tiene la calidad de esos elementos. En efecto: la linfocitosis raquídea es lo más constante que se puede pedir como signo biológico de sífilis meningo-cerebro-medular. La presencia de otros elementos, que algunas veces se observan, nada

dice, sólo su mayor abundancia puede hacer pensar en otras alteraciones de ese sistema.

Estudiando simultáneamente estas tres reacciones, nos permitirá comprobar la existencia de reacciones meningo-cerebro-medulares, apreciar el grado de estas alteraciones, y, especialmente, si las seguimos en serie, observar su estabilidad o su retroceso por efecto del tratamiento.

Si son constantes las alteraciones del L. C. R. en la sífilis comenzante, y si su sola presencia tiene el valor de un síntoma, la ausencia de ellas no es suficiente para que podamos eliminar la hipótesis de que el S. N. se encuentra atacado. En realidad, cuando las tres reacciones del L. C. R. son ambiguas o están ausentes, no es suficiente para desechar la idea de sífilis del S. N.; en este caso, los hechos podrían hablar en favor de una inmunidad especial del S. N., o de una falta de reacción frente al treponema, y, aún más, por razones de topografía nerviosa, como veremos más adelante. El primer caso puede suceder, ya sea por falta de afinidad de la raza de treponemas hacia el tejido nervioso (si admitimos esta raza), o por una mayor resistencia de éste contra la infección. En el segundo caso, un sistema nervioso debilitado, en pleno *surmenage*, podría, en determinadas circunstancias, no reaccionar o reaccionar escasamente frente al treponema; y muchos estudios anátomo-patológicos así lo prueban, pues se han encontrado grandes infiltraciones linfocitarias alrededor de nervios cuya integridad había sido clínicamente comprobada durante la vida de los enfermos.

Pero, esta ausencia de alteración del L. C. R. es lo menos frecuente, casi podría decirse que es la excepción; sin embargo, hay que tenerla presente para evitar posibles males.

Hablar de formas clínicas sintomáticas de la sífilis nerviosa inicial, no me parece posible; toda la sintomatología que he mencionado depende de las modalidades posibles del aporte de treponemas al neuro-eje. El treponema puede provocar lesiones de las más variadas, puesto que él puede atacar a las meninges, las raíces nerviosas, la médula, el cerebro y los nervios periféricos.

Ahora bien: la llegada del treponema al neuro-eje se hace por la vía vascular, y en llegando a estos tejidos, él puede localizarse tanto en la pared vascular, como atravesarla y pe-

netrar en el seno del tejido nervioso. De aquí la gran división de sífilis arterial y de sífilis parenquimatosa.

La arteritis sifilítica de los centros nerviosos, gracias al medio ambiente en la cual ella evoluciona, se acompañará fatalmente de reacciones meníngeas, si sobre ellas o en su vecindad se haya localizado. Ella constituirá la *meningo vascularitis del período secundario de la sífilis*, si ella ocupa una gran extensión de las meninges; o, por el contrario, habrá *arteritis localizada*, cuando ocupe solamente una porción de un vaso.

Pero, si el treponema es llevado al tejido parenquimatoso, entonces, por el hecho de encontrarse en un terreno poco apropiado para su vitalidad, parece sufrir un retardo en su evolución, habría una especie de letargia y mucho más tarde vendría, por mayor hábito, a manifestarse en forma de la denominada *sífilis cuaternaria* o *parasífilis*.

Sin embargo, no se puede hacer una división tan neta, o mejor, tan esquemática. Ni clínicamente ni etiológicamente pasa así; ha sido casi fatalmente necesaria la existencia de una vascularitis, para que el treponema pueda pasar al parénquima nervioso, y si esto ha sucedido, esa vascularitis habrá impreso sus caracteres al medio ambiente en la cual se desarrolla.

Es frecuente observar en sifilíticos secundarios, reacciones del L. C. R., a pesar de no encontrarse en el individuo ningún signo clínico de alteración del S. N., y, sin embargo, más tarde, se ha observado en algunos de ellos graves alteraciones cerebrales o medulares. Quizás esas alteraciones sin signos clínicos, correspondan a la denominada sífilis parenquimatosa; por escasa o moderada reacción meningo vascular.

La presencia de estas alteraciones clínicas y biológicas justifican *un período preclínico en la sífilis nerviosa*, y cualesquiera que sean las opiniones en contra, no dejará de tener una importancia vital su investigación. Es justamente investigándolas que se hará profilaxis de la sífilis nerviosa, pues se aplicarán, cuando ellas están presentes, los medios terapéuticos capaces de hacerlas desaparecer antes que se estabilicen y constituyan el *síntoma*, es decir, la destrucción o la desviación irreparable.

Tratamiento de las neuritis sifilíticas del óptico y del acústico. Exitos extraordinarios e innocuidad absoluta de la salvarsanoterapia metódica, progresiva y sostenida, combinada con el cianuro de mercurio por vía endovenosa. Obligación de tratar a fondo la atrofia papilar de los tabéticos.

POR EL DR. PEDRO L. BALIÑA (Buenos Aires)

Profesor suplente de clínica dérmatosifilográfica en la Facultad de Medicina de Buenos Aires
Jefe del Servicio dérmatosifilográfico del Hospital Español

Desde hace unos seis años, nuestro apreciado amigo el doctor Federico Yribarren, distinguido oculista, Jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital Español, ha tenido la atención de enviarnos al Servicio Dermatosifilográfico, a nuestro cargo en el mencionado hospital, a sus enfermos de sífilis del ojo, para que los sometiéramos al tratamiento general correspondiente. Recibimos así a dichos pacientes con el diagnóstico que el oculista nos remite, y durante todo el curso del tratamiento, prosiguen bajo su directa vigilancia en cuanto a la lesión local.

A los pacientes vistos en estas condiciones se suman, para aumentar nuestra experiencia, los que hemos tenido ocasión de observar en nuestra práctica privada.

Nos ocuparemos en el presente trabajo de algunos casos de neuritis óptica sifilítica, entre varios tratados siempre con éxito mayor o menor; de los tres únicos casos de atrofia papilar que hasta ahora hemos atendido y de un caso, único, asistido también, de neuritis acústica sifilítica.

Para todos estos enfermos hemos recurrido al siguiente tratamiento, que consideramos el más eficaz en la sífilis del sistema nervioso en general.

Previo examen clínico general del enfermo y análisis de la orina, iniciamos una serie de inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio (en nuestro país decimos bicianuro en lugar de cianuro), comenzando con medio centigramo y llegando a dos centigramos. Inyecciones diarias, si es posible, si no, en días alternos. Número de inyecciones, una veintena, y más. Hacia la décima inyección, por ejemplo, intercalamos en la serie de cianuro las primeras inyec-

ciones de la cura neosalvarsánica. Para ello se necesita método. Y éste consiste en aliar a la prudencia, la energía, sobre la base de una disciplina rigurosa, a la que el paciente debe someterse, no interrumpiendo la cura, falta que puede costarle muy cara.

Prácticamente procedemos, aproximadamente, así:

1.ª inyec. endov. de neosalv., 0 gr. 075 (media ampolla de 0 gr. 15).

2.ª	inyecc.	endov.	de	neosalv.,	48	horas	después,	0 gr. 10
3.ª	”	”	”	”	48	”	”	0 gr. 15
4.ª	”	”	”	”	3	días	”	0 gr. 20
5.ª	”	”	”	”	3-4	”	”	0 gr. 25
6.ª	”	”	”	”	3-4	”	”	0 gr. 30
7.ª	”	”	”	”	3-4	”	”	0 gr. 30
8.ª	”	”	”	”	3-4	”	”	0 gr. 40
9.ª	”	”	”	”	4	”	”	0 gr. 45
10.	”	”	”	”	4-5	”	”	0 gr. 45
11.	”	”	”	”	4-5	”	”	0 gr. 60

Y cada 5 días repetimos esta dosis de 0.60 o la de 0.75 cada 6 días, tratando — antes de dar una tregua — de llegar a 8, 10, 12 gr. y más, en total para la serie, siempre que la tolerancia general del enfermo para el remedio lo permita.

Debemos insistir diciendo que con el cianuro de Hg. se continúa, sobre todo, al principio de la cura arsenical, intercalándolo entre las inyecciones de neosalvarsán.

Después de 3 o 4 semanas de terminar la serie de neosalvarsán, renovamos la cura si lo juzgamos necesario. Esta vez sin necesidad ya de las dosis iniciales muy reducidas; por ejemplo, así: 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, ... hasta 6, 8, 10, 12 o más gramos. Y estas series se repiten cuantas veces sea necesario o posible, pues a veces el enfermo necesita del remedio y pierde la tolerancia general para el mismo.

Asociamos a menudo a este tratamiento el yoduro de potasio por boca, con preferencia a cualquier otro compuesto yódico; damos 2 a 4 gramos diarios durante meses, interrumpiendo su uso una semana cada dos.

Diversas razones nos han llevado a preferir y adoptar esta forma de tratamiento. Elegimos la vía endovenosa porque, indiscutiblemente, es por ella que la medicación despliega su mayor eficacia: en un instante la dosis medicamentosa total entra a actuar globalmente, impregnando de golpe, al máximo posible, toda la economía. Esta especie de impreg-

nación orgánica en masa, tiene una eficacia terapéutica muy distinta a una penetración fraccionaria, diluída, lenta, hecha por otras vías de administración, sobre todo en casos de sífilis nerviosa.

Iniciamos el tratamiento de estos casos con mercurio, bajo forma de cianuro. Preferimos proceder así y asociar después el neosalvarsán.

El cianuro de Hg., por vía endovenosa, es una medicación óptima, de acción evidentemente eficaz en toda la sífilis nerviosa. Tiene sobre los arsenicales, para estos casos, la ventaja de que actúa activamente sobre los focos treponémicos del nervio enfermo, sin despertar en ellos (o en el tejido nervioso y sus envolturas), reacciones congestivas, medicamentosas, desfavorables, que cuidadosamente se trata de evitar: reacción de Herxheimer que, inofensiva en la piel o mucosas, puede acarrear un desastre en el nervio enfermo.

El cianuro de Hg. lleva, decíamos, a los focos treponémicos del nervio enfermo su ataque enérgico, efectivo: la reiteración a diario del medicamento opera progresiva y continuadamente su beneficio: desinfiltración de los focos que son asiento de la enfermedad en el nervio, y con esto mejoría clínica. Cuando, hacia la 10.ª o 12.ª inyección, entra a actuar el neosalvarsán — medicamento temible por las reacciones focales que, usado sin criterio, a dosis elevadas, puede provocar — ya no ejerce su acción sobre focos treponémicos vírgenes, susceptibles de reacción violenta; el cianuro de Hg. ha preparado el camino, quitando obstáculos de en medio, desinfiltrando; el neosalvarsán llega, por otra parte, en dosis ínfima, casi inactiva, pero destinada precisamente a habituar a la lesión. Y, para no perder tiempo, dadas las pequeñas dosis iniciales de neosalvarsán, los intervalos entre las inyecciones son reducidos en proporción.

Muchos prácticos, procediendo en forma prudente, semejante, sólo usan el neosalvarsán. Nosotros creemos que no sólo la seguridad es mayor, sino que el tratamiento gana en eficacia usando sucesiva y conjuntamente dos remedios distintos y activos por separado. Cada uno, permítasenos la expresión, golpea por su lado, debilitando al enemigo común, y haciéndolo recíprocamente más vulnerable. La suma así ampliada de efectos útiles resulta prácticamente preciosa.

Con los intervalos cortos entre cada inyección de neosalvarsán y el cianuro de los días intercalares, se llega pronto, sin haber dejado de hacer obra eficaz, a las dosis activas de 30 y más centigramos de neosalvarsán. Se puede entonces

dar un descanso para el cianuro, que tan valiosa ayuda ha prestado, y libre ya el campo y despejado de obstáculos, ha llegado el momento de insistir con mano firme y atacar resueltamente con el neosalvarsán. Este deberá actuar dejando que los gramos se sumen a los gramos, para que opere con amplitud, a fondo, su obra provechosa.

En efecto: ahora el peligro está en quedarse a mitad de camino; en mezquinar remedio y dejar que, no sofocado el fuego, las brasas vuelvan a provocar nuevo incendio. Incendio que con las dosis insuficientes de 2, 3 gramos de neosalvarsán ha implicado en algunos casos la destrucción total, definitiva, del nervio, del conductor nervioso oprimido en su vaina o dentro del túnel óseo (facial-petroso), como si se seccionara en dos partes el manojo de sus fibras. Así ocurrieron al principio de la salvarsanoterapia desastres que pueden repetirse manejando brutalmente el neosalvarsán al empezar la cura, o no usándolo después a dosis suficientes y prolongadas.

Se temía, antes, la producción de neuritis arsenicales con el uso, sobre todo prolongado, de los arsenobenzoles. Este temor tenía su base en los desastres, entonces recientes, del atoxil y la arsacetina, compuestos que precedieron a los neoarsenicales ahora en uso. Ehrlich, por otra parte, con su "*therapia sterilisans magna*", nos hablaba de 3-4 inyecciones de arsenobenzol y a dosis altas. Se nos entregó así un arma poderosa. La experiencia en su manejo demandaría tiempo. El día que oímos desolados la historia de tal o cual paciente sordo o ciego a raíz de una cura salvarsánica, ocurriendo esto en pleno período secundario, a los 3 o 4 meses del chancro, y con insólita frecuencia, quedamos todos, naturalmente, impresionados y cohibidos: ya está la neuritis arsenical, nos dijimos. Pero cuando médicos expertos fueron penetrando el mecanismo real de estos fenómenos desconcertantes y se atrevieron a insistir con el salvarsán más allá de las dosis entonces clásicas y lograron así dominar accidentes que empezaban a tomar cuerpo, quedó desde entonces demostrado que las neuritis que así intempestivamente sobrevenían (neurorecidivas), eran de auténtica naturaleza sifilítica, pues que las curaba el salvarsán, y, en manera alguna, neuritis tóxicas arsenicales. Debemos confesar que si no fuimos de los primeros que descartamos la posibilidad de una neuritis arsenical en tales casos, hoy declaramos que no hemos visto en nuestra práctica un caso de neuritis arsenical

provocado por los neoarsenicales por vía endovenosa. Por eso no las tememos, en absoluto.

Lo que ha ocurrido ha sido, pues, como decíamos, que manejábamos un arma nueva, poderosa, de un alcance y efectos no conocidos. Ella engendró modalidades reaccionales imprevistas, no calculadas. Hoy estos hechos están prácticamente aclarados. A evitar su reproducción tienden las precauciones que tomamos. Y podemos asegurar que las garantías de innocuidad que rodean al tratamiento prescripto en la forma prudente que hemos consignado, son completas y absolutas. Nuestra experiencia personal nos capacita para hacer esta afirmación concordante, por otra parte, con la de todos los prácticos que se han ocupado de estas cuestiones. Es así como desde hace años no hemos trepidado en afrontar conscientemente las más graves responsabilidades frente a casos tan serios como algunos que este trabajo consignará al final. Esa determinación ha procurado a nuestros pacientes beneficios tan preciosos y admirables que, colmándonos de satisfacción, sobrepasaron nuestras esperanzas, confirmando, una vez más, la hasta ahora no superada bondad del procedimiento que pusimos en acción.

Aún hay médicos sin suficiente experiencia personal e influenciados todavía por conceptos anticuados y temores ya desvanecidos — los del principio de la era salvarsánica — que consideran con temor el empleo *larga manu*, metódico, consciente, de la salvarsanoterapia. Y el daño lo infieren a sus pacientes, pues los privan de una medicación insustituible e indispensable, dejándolos llegar al desastre o a sus fronteras, perdiendo el precioso momento en que el éxito franco debiera haberse logrado.

Nuestra experiencia nos permite afirmar que es hoy una obligación para el médico que trate esta índole de enfermos, tener pleno conocimiento de las indicaciones formales e irreemplazables de la salvarsanoterapia racional. Que, lejos de alejar de ella a los pacientes, deben, dando crédito a quienes tienen autoridad y experiencia para afirmar cuanto afirman, dirigir a ellos esos enfermos si no se sienten capacitados para afrontar responsabilidades. Y esto también porque los que así pensamos, sabemos que la verdadera responsabilidad en que incurren tales colegas — y es grave — es la de postergar o privar a esos pacientes de beneficios que en el momento actual de la ciencia, el médico tiene la obligación de procurarles.

Descartada la objeción de provocar neuritis arsenicales, de-

mostrada la innocuidad de la salvarsanoterapia, intensiva, por reiteración de dosis — procedimiento necesario para el éxito, — prevemos un nuevo reproche: el temor de una intoxicación orgánica, por la masa global de arsénico que así se llega a administrar. A esto venimos contestando con un razonamiento tan lógico como eficaz, creemos. Los arsenobenzoles son remedios relativamente nuevos. Al dilatarse nuestra experiencia con el tiempo, vamos ampliando el mejor conocimiento de sus propiedades, oportunidad, acción útil o nociva, tolerancia, dosificación, etc.

Otros arsenicales, como los cacodilatos, conocidos y utilizados desde muchos años atrás antes que los arsenobenzoles por los prácticos de todo el mundo, y sobre cuya dosificación había un consenso universal, han venido a ser empleados en los últimos tiempos a dosis y por vía que han constituído una revolución al respecto. ¿Qué significan hoy las dosis de 10 y 20 centigramos de cacodilato de soda administrado por vía hipodérmica durante tantos años, frente a las dosis de 2, 4, 6, 8 gramos, inyectados ahora en una sola vez y en pleno torrente circulatorio? (1)

Con los arsenobenzoles ha pasado otro tanto. Fracasada la *therapia sterilisans magna* de Ehrlich, la necesidad de proseguir el tratamiento para curar al paciente, de evitar fracasos y recidivas por insuficiencia de medicación, han ido obligando paulatinamente a la reiteración de las inyecciones y llegar así, por tanteos, a conocer mejor el margen de tolerancia para el remedio.

Así hemos debido ir perdiendo el temor al arsénico de los arsenobenzoles, como ha ocurrido después con el arsénico de los cacodilatos: obligados por la necesidad. Y contra los hechos, nada pueden las prevenciones.

¿Y cuál es la dosis curativa de los arsenobenzoles para la sífilis?, preguntará todavía uno de sus adversarios sistemáticos, batiéndose en retirada.

No podemos hablar de la dosis curativa de los arsenobenzoles en las neuritis ni en la sífilis en general. Escasos gramos parecen haber sido suficientes para la curación radical

---

(1) Es justicia dejar constancia que nuestro distinguido colega y amigo doctor Pacífico Díaz ha sido, en este sentido, desde varios años atrás, un precursor del tratamiento hoy en boga, por altas dosis de cacodilato de soda, a las que recurría corrientemente en su práctica diaria, privada y hospitalaria.

de algún caso de sífilis. Centenares de gramos han sido, desgraciadamente, insuficientes para tener éxito en otros. ¿Quién ha establecido la dosis curativa o la dosis total que del mercurio y yoduro deba darse para un accidente determinado o para la infección general?

La tolerancia orgánica del paciente para el remedio activo, y la necesidad de medicación, son los extremos en que nos vemos obligados a actuar y desenvolvernos. Y lo que en la práctica vemos es que hay pacientes que llevan 30, 40, 50 y más gramos de neosalvarsán, — aparte del mercurio y yoduro — que no están curados, que, por consiguiente, necesitan proseguir su medicación, y que sus organismos siguen tolerando el remedio. ¿Quién, basado en prejuicios, y frente al problema práctico, se cruzará de brazos?

Nos es grato dejar constancia que desde el punto de vista de la prolongación del tratamiento por los neoarsenicales, los médicos uruguayos han demostrado hace ya años que era posible llegar a suministrar dosis totales insospechadas. Vimos, hará unos dos años, un enfermo radicado en Mercedes (R. O.), y pariente de un médico, que seguía desde 5 años atrás un tratamiento por neosalvarsán. Una de las series comprendía 50 inyecciones de 90 centigramos cada una, hechas sin tregua, semana a semana. Llevaba recibidos, por entonces, ciento cincuenta gramos (150 grms.) de neosalvarsán, sin fenómenos de intoxicación y con perfecta integridad de sus nervios óptico, acústico, etc. En cambio, toda esta medicación había sido impotente para dominar sus cefaleas y modificar las reacciones positivas de su líquido céfalo-raquídeo.

OBSERVACIONES

Obs. número 1. Neuritis óptica. Coroiditis.—Alfredo O., 16 años, argentino. En agosto de 1919, chancros sifilíticos. Refiere que recibió dos series de cinco inyecciones de novarsenobenzol, cada una. No precisa bien la dosis. Además, en la misma época unas XII inyecciones de cianuro Hg endovenoso. En febrero de 1920, dos meses después de la última inyección de neosalvarsán nota disminución en la visión del ojo izquierdo.

En octubre 5 de 1920, el doctor Francisco Belgeri, apreciado oculista, comprueba "neuritis óptica del ojo izquierdo, con bordes borrosos de la papila, más en su mitad izquierda. Visión=1|10." Aconseja tratamiento intensivo por cianuro de Hg. Recibe algunas inyecciones, la visión mejora a 1|8. Unos médicos le desaconsejan el tratamiento activo porque en unos análisis de orina hay vestigios de

albúmina y cilindros hialinos. Por estas u otras razones, es lo cierto que el enfermo hasta el 21 de julio de 1921, en que nos visita por primera vez, además del tratamiento consignado, sólo recibió por su neuritis óptica una inyección aislada de neosalvarsán, X inyecciones de biyoduro Hg de 1 cent., 2 cajas de supositorios Hg, y unos frascos de jarabe Gibert.

Como era de prever, con una medicación tan deficiente, la lesión ocular no hizo sino empeorarse.

Al dirigirnos el paciente el 21 de julio, el doctor Belgeri nos comunica: "Ojo izquierdo: neuritis óptica, coroiditis con copos flotantes en el vítreo; visión = 1|30". El doctor Beatti analiza la orina: vestigios de albúmina, sin importancia; algunos hematíes; D.=1034; Cl. 12.63; urea 36. Hace un mes que el enfermo tiene cefaleas vesperales. Pupilas, reflejos tendinosos, etc., normales. Muy buen estado general; sujeto robusto, atleta.

Iniciamos inmediatamente (22 de julio) una serie de inyecciones endovenosas de cianuro Hg, de 1 y 1|2 a 2 centig. (XVI inyecciones en total). Dos gramos diarios de yoduro.

El 30 de julio, neosalv. endov. 0 gr. 075.

Agosto 1.º—Neosalv. endov. 0 gr. 10.

Agosto 4.—Neosalv. endov. 0 gr. 15.

Agosto 6—Neosalv. endov. 0 gr. 20.

Agosto 9 y 12.—Neosalv. endov. 0 gr. 30 $\times$ 2.

Agosto 17.—Neosalv. endov. 0 gr. 45.

Agosto 22 y 27 y 1.º de septiembre.—Neosalv. endov. 0 gr. 60 $\times$ 3.

Septiembre 6.—Neosalv. endov. 0 gr. 30.

Septiembre 14, 21 y 28 y octubre 1.º y 8.—Neosalv. endov. 0 gr. 60 $\times$ 5.

La tolerancia, perfecta; los análisis de orina posteriores, sin novedad. Las cefaleas desaparecen en seguida.

El enfermo no veía los dedos de la mano al empezar la cura; diez días después, los podía contar con rapidez y precisión. Unos días después leía el encabezamiento de los diarios, y un poco más tarde letras de cuerpo menor. Al empezar la cura tropezaba con las personas que pasaban a su izquierda; ahora las ve y reconoce fácilmente con su ojo izquierdo.

El segundo informe del doctor Belgeri, del día 5 de agosto, dice: "La visión ha mejorado de 1|30 a 1|8. Los copos del vítreo en menor proporción y más tenues. La papila mucho menos borrosa, va dejando ver sus contornos. En una palabra, hay una verdadera resurrección en el estado físico y funcional de su ojo izquierdo."

Agosto 29.—Tercer informe del doctor Belgeri: "Visión = 1|8. Si bien su visión a las escalas se mantiene igual, en cambio, para la nitidez de la forma de los objetos, es mayor. Los copos del vítreo han desaparecido completamente y la papila con tendencia a normalizarse. Vale decir, que aunque aparentemente no hay gran

diferencia en lo que a visión a distancia se refiere, es fuera de duda real y sensible la mejoría objetiva.''

Octubre 1.º—Cuarto informe del doctor Belgeri. ''Estado estacionario; situación igual a la consignada en el informe anterior.''

Noviembre 9. — Quinto informe del doctor Belgeri: ''Salvo un pequeño copo flotante del vítreo que he alcanzado a ver, la mejoría se mantiene estacionaria.''

La última inyección de neosalvarsán aquí anotada, es del 8 de octubre. Posteriormente ha seguido recibiendo una inyección semanal de 0.60 gramos y tiene prescripta la continuación en igual forma y dosis hasta fines de diciembre próximo.

Resultado del tratamiento: de visión 1|30 ha mejorado a V 1|8.

Obs. núm. 2. Doble neuritis óptica, con enturbiamiento del vítreo.— Francisco M., 29 años, español, casado, fogonero del F. C. al Pacífico; después chauffeur en Buenos Aires.

En junio de 1918, escaso flujo uretral; adenopatía inguinal grande y dura. Un médico le habla de chancro sifilítico de la uretra. En noviembre de 1918, se presenta a nuestro Consultorio del Hospital Español (número 1521, año 1918); tiene entonces sifílides erosivas bucales y sifílides de las fosas nasales; restos de una roseola. Orina sin albúmina. Se le ordena fricciones Hg (hizo XX, de 5 gr.) y novarsenobenzol endovenoso, que recibe así:

Año 1918, noviembre 27.—Novars. endov. 0 gr. 30.

Diciembre 2.—Novars. endov. 0 gr. 45.

Diciembre 9, 16 y 30.—Novars. endov. 0 gr. 60 × 3.—Total: 2 gr. 55.

A esta altura del tratamiento, contra nuestros consejos y advertencias, el enfermo, que se siente bien y sin síntomas, se ausenta a Mackenna.

A mediados de febrero de 1919, nota que la vista ''se ponía turbia'', pero sigue trabajando hasta principios de marzo, en que tiene que retirarse porque no veía casi nada. Consulta en Río IV (Córdoba), a un oculista. Recibe XXIII inyecciones de cianuro Hg endovenoso, de 2 cgr. y VII de 3 cgr. Termina el 13 de junio este tratamiento y sintiéndose mejorado, vuelve de nuevo a sus tareas; pero pronto las abandona otra vez. A principios de julio de 1919 regresa a nuestro Servicio y el día 7 nos informan del Servicio Oftalmológico del Hospital (doctor Héctor U. Fernández), que el enfermo tiene ''doble neuritis óptica con enturbiamiento del vítreo, más marcado en el ojo derecho. Ojo derecho: visión = 1|10. Ojo izquierdo: visión = 1|6.''

Se le somete al siguiente tratamiento:

1919. Julio 7, 10, 11, 14, 16, 18, 23, 25 y 30.—Cianuro Hg endov.

Agosto 1.º y 4 (rectitis) y septiembre 11.—Cianuro Hg endov.

1919. Julio 12.—Novarsenob. endov. 0 gr. 10.

Julio 19.—Novarsenob. endov. 0 gr. 20.

Julio 24.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.
Julio 29.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.
Agosto 3, 5, 9 y 12.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45 × 4.
Agosto 16, 21 y 28.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60 × 3.
Septiembre 3, 6, 13, 20 y 30.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60 × 5.
Octubre 14.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60.
Total: 8 gr. 25 de novarsenobenzol.

Después de la primera inyección de 0 gr. 10 de nov., el enfermo pretende ver mejor. Los días subsiguientes la mejoría se hace evidente.

Septiembre 15.—Aparecen varios focos de pelada en el cuero cabelludo.

1919. Agosto 22.—Segundo informe del Servicio Oftalmológico (doctor H. U. Fernández): "El vítreo se ha hecho transparente por haber desaparecido toda clase de exudados. Se pueden ver con claridad las papilas con bordes ligeramente deflecados y blanquecinos. Algo hiperémicas las hemipapilas temporales... Neuritis en franca regresión. Pupilas normales. En cada ojo visión=2|3."

Al empezar el tratamiento, ojo der. V=1|10, ojo izq. V=1|6.

Desaparece del Consultorio el enfermo y el 11 de septiembre de 1920, un médico (doctor Bonora), nos informa que le ha seguido haciendo inyecciones de cianuro de Hg; que no ha vuelto a vernos porque se cree con la vista igual a antes de enfermarse. Trabaja como chauffeur en la ciudad de Buenos Aires.

El 14 de enero de 1921 conseguimos que el enfermo nos visite y el Jefe del Servicio Oftalmológico, doctor Yribarren, lo examina. He aquí su informe: "En ambos ojos, intactos todos los reflejos pupilares. Normalidad en la forma de ambas pupilas e igualdad entre sí. En ambos fondos se manifiesta un poco de irregularidad en el borde papilar (signo de antigua neuritis), sin ninguna señal de inflamación; papilas un poco blancas pero con venas y arterias normales, sin estrechamiento visible de su calibre. Los campos visuales no están estrechados en ningún sector, ni hay escotoma visible. Diferencia bien los colores. Visión, ojo derecho: ve la unidad. Ojo izq. 2|3 de la normal.

Campo visual: O. D. N. 85º. T. 55º. S. 70º. I. 60º. — O. I. N. 85º. T. 65º. S. 75º. I. 55.º"

Resultado del tratamiento.—Ojo izq. de visión 1|6 ha mejorado a visión 2|3.

Ojo derecho de visión 1|10 ha mejorado a visión = a la unidad.

Obs. número 3. Doble neuritis óptica; retinitis.—Longh.... argentino, de unos 45 años, soltero. Sífilis adquirida hace más de 10 años; se ha tratado bastante. El 16 de junio de 1920 nos consulta particularmente, porque desde varias semanas atrás tiene cefaleas y disminución de la agudeza visual. Pupilas normales. Reflejos rotulianos, exagerados. Análisis de orina, normal. Reacción de Was-

sermann de la sangre, negativa. Comunicación verbal del oculista doctor Belgeri, que lo examina: "Edema muy acentuado en ambas papilas."

Inicia inmediatamente, el mismo día de su primera visita, una serie de inyecciones diarias de cianuro de Hg endovenoso, hasta IX; después XVII inyecciones más, pero por vía muscular, por algunos inconvenientes. Por no tolerar yoduro puro, cápsulas de un sucedáneo, riodine. Y de neosalvarsán, las siguientes inyecciones:

1920. Junio 26.—Neosalv. endov. 0 gr. 15.
Julio 1.º—Neosalv .endov. 0 gr. 20.—
Julio 6.—Neosalv. endov. 0 gr. 30.
Julio 12.—Neosalv. endov. 0 gr. 45.
Julio 17.—Neosalv. endov. 0 gr. 60.
Julio 22 y 29.—Neosalv. endov. 0 gr. 75 $\times$ 2.
Agosto 5.——Neosalv. endov. 0 gr. 75.
Agosto 21.—Neosalv. endov. 0 gr. 45.
Agosto 28.—Neosalv. endov. 0 gr. 75.
Septiembre 4, 11, 18 y 25.—Neosalv. endov. 0 gr. 75 $\times$ 4.
Total de neosalvarsán: 8 gr. 15.

Y pasa en seguida al silversalvarsán, del que recibe en varias inyecciones, desde 0.05 a 0.30, unos 3 gr. en total.

Informes del doctor Belgeri (el 1.º, verbal, el 16 de junio de 1920). Segundo informe, 1.º de julio de 1920. Los síntomas de fondo de ojo están más marcados. "Hay una verdadera neuritis óptica. En el ojo derecho aparece una mancha hemorrágica por dentro de la papila". Homatropina para dilatar la pupila.

Tercer informe, 2 de julio de 1920: "La neuritis es bastante intensa, a pesar de conservar visión de 2|3."

Cuarto informe, 14 julio 1920: "Las lesiones están muy mejoradas. La neuritis ha retrocedido evidentemente y el foco hemorrágico apenas perceptible. La visión es normal."

Quinto informe, 21 de agosto de 1920: "En el sitio en que antes había la hemorragia, una cantidad de puntos blancos indicando retinitis sifilítica ya en vías de reabsorción. Sin embargo, ha quedado un escotoma parcial central consecutivo a su lesión retiniana."

Sexto informe, noviembre de 1921, es decir, un año y cuatro meses después del anterior: "Casi podría decirse que el fondo de ojo es normal. Apenas si en una mácula se ven unos puntitos casi imperceptibles y los bordes de la papila como velados. Lo demás, incluso la visión, que es igual a la unidad en ambos ojos, está perfectamente bien. Creo que como evolución, ha obtenido el máximo de beneficio que era dable esperar."

6 de noviembre.—El enfermo sigue muy bien. Piensa casarse. Reflejos patelares, exagerados; parestesia faríngea. Seroreacción Wassermann, negativa. Punción lumbar: linfocitosis, normal; Nonne-Apelt y Wassermann, negativos (doctor Antonio Podestá). Radioscopia del tórax, normal (doctor Moner).

Ordenamos inyecciones de calomel y el compuesto yodado que tomaba. Para más adelante, silversalvarsán.

Mientras el paciente efectuaba la cura consignada, sin advertírnoslo consulta a un afamado especialista de oídos, porque cree haber perdido algo su audición. En el momento de ser examinado comunica al especialista que está en pleno tratamiento por neosalvarsán, del que lleva sin interrupción 8 gramos y aún otros más de silversarvarsán. No oculta el colega su asombro ante lo que oye y se hace repetir. Y cree oportuno y adecuado decirle al paciente: "diga a su médico de mi parte que con tanto salvarsán tenga cuidado con el acústico". Dos cateterismos de la trompa, restablecen la audición normal y que siguió siendo perfecta.

Cuando el paciente vuelve a consultarnos y nos cuenta la incidencia, tranquilo y con entera confianza en nosotros, por su parte, no podemos menos que prometernos mostrar al colega, en su oportunidad, "un ejemplo" de las neuritis arsenicales del acústico que con el neosalvarsán provocamos en la práctica. Y la casualidad quiere que esto ocurra, precisamente, con una niña que por una neuritis sifilítica del acústico le han llevado al especialista en cuestión, en cuyas manos casi llegó a la sordera definitiva y que después nos trajeron y continúa bajo nuestra dirección.

Y ese caso es justamente el que corresponde a la observación que va en seguida.

Obs. número 4. Neuritis acústica, doble, por heredosífilis. — Anatilde M. G., argentina, 11 años, colegiala. Hace unos 10 años que venimos atendiendo a una hermana mayor de esta niña, porque a los 5 años de edad—tiene ahora 15—tuvo, a causa de un goma, una perforación lenticular de velo palatino, debida a sífilis congénita.

Ningún otro síntoma visible, ulteriormente. Al padre también lo atendemos, actualmente, por un tabes recientemente diagnosticado (sífilis ignorada en él).

En noviembre de 1920 los padres de Anatilde nos la traen para consultar nuestra opinión respecto a novedades que le ocurren. Tres meses atrás, en agosto, la niña ha tenido que dejar de concurrir al colegio, porque paulatinamente se ha ido quedando sorda, sin experimentar ninguna molestia local ni general.

Esta niña, bien desarrollada, de buen facies, no había presentado ninguna novedad hasta entonces. El padre la creía indemne de sífilis. Cuando sobrevino la sordera no pensó ni remotamente—decía—en tal enfermedad. De ahí que concurriera a un clínico (Prof. doctor Mariano R. Castex), y en seguida, por consejo de éste, con diagnóstico ya de neuritis sifilítica del acústico, al especialista de oídos. Concordando éste con el diagnóstico, le administra una veintena de inyecciones hipodérmicas en los brazos y, además, tiroidina. Con este tratamiento, lejos de mejorar, la niña sigue empeorando,

y cuando a fines de noviembre de 1920, recibimos su visita, de un oído no oye absolutamente nada, y del otro, haciendo bocina con las manos y hablándole muy alto, alcanza a entender con dificultad las palabras.

Como suponemos mercuriales las inyecciones que acaba de recibir, prescribimos yodo, y previo análisis de orina, que es normal, instituímos una cura por neosalvarsán. La primera inyección, de 0 gr. 075, después 0.10, 0.15, 0.20, 0.30 × 3, 0.45 × 4, 0.50 reacción febril, 0,25. 0.40, 0.35 × 2. Total de neosalvarsán, 5 gr. 15, administrados en 3 meses; la última inyección el 26 de febrero de 1921.

A poco de iniciado el tratamiento salvarsánico, la niña empezó, con gran contento de todos, a notar que su audición retornaba. A medida que se insistía con el tratamiento, los progresos se hacían más evidentes. Llegó así la apertura de los cursos escolares en marzo de este año y la niña reingresó a la escuela que en agosto pasado abandonara. No necesitó volver a las primeras bancas del aula, para seguir las clases, que continuó con regularidad durante el año.

Continúo con mercurio y yodo en abril y mayo.

Desde el 10 de junio al 1.º de septiembre de 1921, volvió a recibir en una segunda serie de neosalvarsán, 3 gr. 10, que sumados a los 5 gr. 15 anteriores, dan en total, 8 gr. 25.

Era la dosis tan temida por el otologista cuando aquel adulto le hablara de sus 8 gr. de neo y algunos más de silversarvarsán. Y esta vez se trataba de una niña de sólo 11 años. Pero ya antes de llegar a los 7 gramos de neosalvarsán se nos presentó la ocasión de demostrar al colega los "deterioros" que tal dosis de arsenical habían producido en este nervio acústico, que no había beneficiado ciertamente de la medicación que él antes le propinara. Llevamos la niña al otologista. Con la consiguiente extrañeza, notó al hablarle, que no era preciso gritar con artificios—cosa nueva para él—para poder ser oído. Consideró entonces con respeto la obra del salvarsán difamado y ordenó a un colega de su Servicio que practicara un examen prolijo para medir la audición reparada. Tenemos en nuestro poder un informe practicado en ese momento y dice así:

Oído derecho

Audición, nula.

Rinne, negativo.

Oído izquierdo

Alta voz, audición normal.

Audición del reloj, a 2 metros.

Rinne, +

Weber, lateralizado en O. I.

Voz cuchicheada, la oye a 3 metros.

Fecha del examen, 22 de julio de 1921 (hay un sello del Servicio y la firma del médico que practicó el examen).

En noviembre de 1921 esta niña seguía en las mismas excelentes condiciones. El único lamento, explicable, de sus padres, era no haber recurrido antes al sifilógrafo, que verosímilmente hubiera salvado también del desastre al acústico derecho total e irremisiblemente perdido.

Obs. número 5. Doble neuritis óptica por heredosífilis.—Josefa M., argentina, 21 años, soltera, costurera, residente en Azul (Provincia B. A.), ingresa a nuestro Servicio del Hospital Español en mayo de 1918. (Historia 126).

Tiene cinco hermanos más, vivos y otros nueve han muerto, la mayor parte en temprana edad. Diversas distrofias dentarias. Lengua despapilada a trechos y con surcos, como tendiendo al tipo escrotal. Leuconiquia. Proceso inflamatorio e infiltrativo, crónico, en ambas piernas, ¿flebitis crónica? Sífilis congénita.

Viene al Hospital porque desde hace varios meses su visión ha disminuído considerablemente. Córnea y pupilas normales. El doctor Iribarren nos comunica: "Visión turbia y considerablemente disminuída, apenas alcanza a 1|10 en cada ojo. En ambas papilas, bordes muy borrados, viéndose como a través de un velo."

Análisis de orina, normal.

El 13 de mayo de 1918 inicia una serie de inyecciones de cianuro Hg endov. El 12 de junio lleva XIV (XII, son de 2 cgr.). A partir del día 17 se intercala el novarsenobenzol.

1918. Junio 17.—Novars. endov. 0 gr. 10.

Junio 26.—Novars. endov. 0 gr. 15.

pero interrumpe el tratamiento hasta

1918. Julio 17.—Novars. endov. 0 gr. 30 (dosis alta dada por equivocación).

Julio 24.—Novars, endov. 0 gr. 30.

Julio 31.—Novars. endov. 0 gr. 30.

Agosto 7.——Novars. endov. 0 gr. 45 (intolerancia).

Agosto 14 y 21.—Novars. endov. 0 gr. 30 × 2.

Agosto 28.—Novars. endov. 0 gr. 45 (intolerancia).

A esta altura del tratamiento, la enferma ha mejorado tanto, que lee caracteres pequeños, pero tiene que ausentarse e interrumpe la cura hasta

1918. Sep. 4, 11, 20 y 27.—Novars. endov. 0 gr. 30 × 4.

Octubre 7, 11, 21 y 30.—Novars. endov. 0 gr. 30 × 4.

Noviembre 6.—Novars, endov. 0 gr. 45 (reacción).

Noviembre 13, 22 y 29.—Novars, endov. 0 gr. 30 × 3.

Diciembre 6 y 16.—Novars. endov. 0 gr. 30 × 2.

Total de novarsenob. 7 gr. 15. De cianuro Hg endovenoso ha llegado en total a 54 inyecciones.

Terminada esta cura, la enferma se encuentra muy bien de su estado general, muy mejorada de sus piernas y contenta por el cambio operado en su vista. El oftalmólogo (doctor Yribarren) nos

comunica que la visión actual es de 1|5 para cada ojo. Antes del tratamiento era de 1|10 para cada ojo.

Vuelve a ausentarse la enfermo al Azul. Toma allí biyoduro Hg. y yoduro K en bebida. Regresa al Consultorio en mayo de 1919. Inicia nueva cura por novarsenobenzol, pero la tolera mal y sólo alcanza a recibir 0 gr. 85, esta vez.

En 18 de junio de 1919 el doctor Iribarren nos comunica: ''Pupilas, reflejos y medios transparentes, normales. Papilas un poco blancas, con bordes no bien precisos. Vasos normales. Se notan restos de una antigua neuritis. La visión actual es O. D. 1|3 y O. I. 1|4.

El 11 de octubre de este año (1921), contestando a preguntas formuladas, dice la enferma en una carta por ella escrita desde Azul: ''Mi salud es buena; la vista ha mejorado, creo que está casi del todo normal; conozco a las personas de mi familia más o menos a cien varas; puedo leer cualquier clase de letra sin esfuerzo; puedo coser.'' Dice que ha recibido durante estos dos últimos años en que no la hemos visto, unas 40 inyecciones de aceite gris de 10 centgr. y 10 frascos de bebida con biyoduro Hg y KI.

Pasaremos a ocuparnos ahora de tres observaciones correspondientes a *tres enfermos* con *atrofia papilar, esencial, sifilítica,* y con síntomas, simultáneamente, de *tabes dorsal,* que fueron sometidos al tratamiento que preconizamos.

Obs. 6. Doble atrofia papilar tabética.—Alberto N., 39 años, argentino, educacionista, nos consulta en junio de 1921. Ha tenido cuando joven dos blenorragias; nunca advirtió chancro. En varias ocasiones, desde años atrás, cefaleas vesperales y nocturnas, que duran una semana y se repiten a intervalos de 6 a 12 meses. Bebedor muy moderado; muy fumador.

Hace seis años notó que se debilitaba su vista. Un oculista competente le da lentes. Hace tres años el mismo oculista los cambia porque ve menos y dice no observar nada especial fuera del vicio de refracción. En julio de 1918 se casa. En agosto de 1919 otro oculista le receta lipiodol en inyecciones, pero no le habla de sífilis. Le inducen a hacer una Wassermann, que resulta positivo. Recibe, además de inyecciones de lipiodol, XL de cianuro Hg endov., XXX de biyoduro intramuscular; unas XX de aceite gris y XXX de mercurio coleolo. Además, en septiembre de 1920 un médico poco práctico le hace una serie de inyecciones de neosalv. de 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, y como sus venas no son fáciles de abordar, veía escurrir el líquido fuera; cree, así, que sólo recibió una mitad de las dosis consignadas. Pocos días después, la visión del ojo derecho se debilitó, dice, notablemente, por lo que teme ahora al tratamiento por neosalvarsán.

Hace seis meses que sufre dolores fulgurantes en las piernas. Impotencia genital. Algunas veces tiene que hacer esfuerzos para orinar; otras se interrumpe la micción. Fosfatina. Orina con vestigios de albúmina.

La señora no tuvo abortos. Tiene una hija de dos años, aparentemente sana.

Estado de sus ojos: el enfermo nos entrega un informe suscrito por el distinguido oculista doctor Argañaraz, en enero de 1921; tomamos de él estos datos: "Ligera ptosis palpebral, más marcada en O. I. Anisocoria. Argyll-Robertson. Atrofia gris (medular) de ambas papilas ópticas, en estado avanzado, sobre todo en O. D. Estrechamiento del campo visual en ambos ojos. Escotoma central. Ambliopía intensa. Sífilis".

Encontramos los reflejos rotulianos y aquilianos, conservados. Diagnosticamos doble atrofia papilar tabética. A este mismo diagnóstico de tabes dorsal arriba el profesor doctor Mariano R. Castex, en un informe sobre este enfermo, que obra en nuestro poder, "a pesar—dice—de la existencia de los reflejos patelares y aquilianos. El diagnóstico se basa—agrega—en los caracteres de los trastornos oculares y en las perturbaciones sensitivas existentes en la región lumbar y extremidades inferiores (hiperetiestesia, hiperalgesia lumbar, hipoalgesia testicular, batihipoalgesia, etc.)"

En junio 8 de 1921, desde su Servicio Oftalmológico del Hospital Español el doctor Yribarren nos comunica: "en ambos ojos atrofia papilar, blanca, nacarada, con disminución notable del calibre vascular. O. D. no hay visión. O. I. visión = 1|3. Reducción considerable del campo visual.

Iniciamos el tratamiento con dos inyecciones intramusculares de cianuro Hg. Las venas son poco accesibles y debemos conservarlas para el neosalvarsán. Como ha recibido en los últimos tiempos algunas inyecciones mercuriales solubles iniciamos rápidamente el neosalvarsán intercalando el cianuro los días intermedios, aunque tiene marcada tendencia a gingivitis con él.

1921. Junio 7.——Neosalv. endov. 0.075.

Junio 9.—Neosalv. endov. 0.10.

Junio 11.—Neosalv. endov. 0.15.

Junio 14.—Neoslav. endov. 0.15.

Junio 16.—Neosalv. endov. 0.20.

Junio 18.—Neosalv. enodv. 0.25.

Junio 21.—Neosalv. endov. 0.30.

Junio 25 y 30.—Neosalv. endov. 0.45 × 2.

Julio 5.—Neosalv, endov. 0.45.

Julio 9, 14, 19 y 23.—Neosalv. endov. 060 × 4.

Julio 30.—Neosalv. endov. 0.75.

Agosto 6, 12, 20 y 27,—Neosalv. endov. 0.75 × 4.

Septiembre 3, 10 y 17.—Neosalv. endov. 0.75 × 3.

Total de neosalvarsán: 11 gr. 02.

Además, durante esta cura hasta XVII inyecciones de cianuro Hg de 2 cgr., intramusculares. Por boca 50 gr. KI.

El 13 de agosto de 1921 nos informa el doctor Yribarren que el aspecto oftalmoscópico del O.I. sigue sin variación y la visión lo mismo, = 1|3.

El 27 de agosto de 1921, en presencia de los doctores Yribarren y Damel, preguntado por su estado, el enfermo concreta así sus respuestas: "He aumentado 5 kilos de peso desde que se inició la cura; tengo buen apetito, duermo bien. No tengo más mareos; la estabilidad ha mejorado; no tengo más dolores fulgurantes; la potencia genital ha reaparecido, es ahora normal; no tengo que esforzarme más para orinar, no se interumpe la micción, no tengo más sensaciones de ardor en la uretra, orino de manera enteramente normal".

Respecto a su vista, si bien el examen oftalmológico hecho dos semanas atrás, no acusa modificación objetiva apreciable, el paciente (persona inteligente, reposada, profesor de dibujo y matemáticas desde hace 15 años), nota un cambio alentador. Por ejemplo, dando clase tenía que aproximarse a los carteles con figuras para leer sus leyendas, ahora lo hace desde el fondo del aula. No veía la numeración de las casas desde el tranvía; ahora sí. No distinguía los detalles de una moneda, ahora los percibe.

En septiembre 7 de 1921, una determinación de campo visual acusa una ligera ampliación, comparado con el levantado 3 meses atrás.

Un informe del 17 de septiembre de 1921, suscrito por el doctor Yribarren dice: "la visión del O. I. ha mejorado algo. Antes era 1|3, alcanza hoy a 1|2? con un poco de dificultad".

En la segunda quincena de octubre hemos presentado este enfermo a una serie de oculistas con motivo de unas conferencias que sobre estos tópicos dimos en el Hospital Oftalmológico de Buenos Aires.

Aspira el paciente a no perder su empleo para conseguir su jubilación, lamentando no haberse sometido con más oportunidad a la única medicación que le ha, no sólo detenido su proceso, antes en progresivo avance, sino reportado un beneficio tan precioso para su ojo izquierdo, ya que para el otro, desgraciadamente, llegó tarde el sifilógrafo.

Obs. 7. Doble atrofia papilar tabética.—El doctor N. N., abogado, personalidad destacada en nuestro país, llega a consultarnos el 16 de abril de 1918. Le acompaña el profesor doctor Pascual Palma. Y este distinguido colega, junto con el profesor doctor Gregorio Araoz Alfaro, que tienen con el paciente estrecha vinculación amistosa, nos expresan todo su interés por él, haciéndonos el honor de confiarlo a nuestras manos.

Tiene el enfermo 45 años. Adquirió la sífilis en 1890. Su padre

también la contrajo antes del matrimonio. El paciente ha tenido paludismo y ha tomado mucha quinina. No bebe, no fuma. No ha hecho tratamiento específico hasta 1903, y desde entonces acá, éste ha sido muy deficiente.

El serio problema que le absorbe, es su vista, que desde más de un año atrás, se viene debilitando y está en la actualidad sumamente desmejorada.

Cuatro años hace, ha tenido visión doble con ptosis del párpado superior, incompleta.

Según informes que vemos, el profesor doctor Adolfo Nocceti, reputado oculista, en 16 de abril de 1917, ya encontró la papila blanca en el O. D., traduciendo una atrofia de la misma. En esa fecha la papila del O. I. estaba indemne.

En febrero de 1918, la visión desmejora más: ve borroso; compruébase que está casi abolida la visión del ojo derecho y que en el O. I. también se ha iniciado la atrofia papilar.

He aquí el estado actual de este enfermo, al examen oftalmológico practicado por el doctor Federico Yribarren, el 23 de abril de 1918: "Presenta miosis, anisocoria e irregularidad pupilar; la pupila derecha está algo contraída, de contorno libre pero irregular, es la mitad menor en diámetro que la izquierda; falta en ambas pupilas el reflejo directo y el consensual, conservando el de acomodación convergencia. Por lo tanto, hay en ambos ojos signo positivo Argyll-Robertson. Las papilas son blancas, algo gríseas, sin anormalidad a su nivel ni en sus vasos. El campo visual está estrechado concéntricamente. Hay, pues, triada ocular tabética, constituída por la antigua diplopia (parálisis muscular), rigidez pupilar a la luz, y atrofia del nervio óptico.

Visión (O. D. con Esfco. + 1.50, visión = 1|50.
(O. I. con Esfco. + 1.50, visión = 2|3? Para cerca Esf. + 3.00, visión = número 2.

Fuera de los trastornos oculares, el paciente tiene estos otros síntomas: placas de hiperestesia en los muslos y costados del tórax. Disestesias uretrales. Dolores fulgurantes en piernas y brazos. No hay Romberg.

Orina, composición normal.

Practicamos al enfermo 29 inyecciones endovenosas de cianuro de Hg de 1 y 1|2 a 2 centig. Inyecciones de lipiodol y de estricnina. Este tratamiento se realiza entre el 17 de abril y el 9 de julio de 1918.

Un examen practicado por el doctor Yribarren el 23 de mayo, un mes después del primero ya consignado, nos informa que la visión del O. D. ha mejorado a 1|40 y la del ojo izquierdo 2|3 (antes con dificultad).

Iníciase el tratamiento por novarsenobenzol, remedio que le han desaconsejado al enfermo, refiriéndole desastres y citándole hasta los nombres propios de personas que deberían su ceguera a él y que

están en boca de pacientes y de médicos. Ante nuestra categórica afirmación de innocuidad absoluta, se entrega a nosotros el enfermo, modelo siempre de obediencia y disciplina.

Año 1918. Junio 22.—Novarsenob. endov. 0 gr. 10.

Junio 27.—Novarsenob. endov. 0 gr. 15.

Julio 2.—Novarsenob. endov. 0 gr. 20.

Julio 6.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.

Julio 7.—Examen practicado por el doctor Yribarren: O. D. visión = 1|40. O. I. Esfeo. + 1.50. Visión = 2|3. De cerca lee número 1 con Esfeo. + 3.00 D.

Año 1918. Julio 11.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.

Julio 16.—Novarsenob. endov. 0 gr. 40.

Julio 20.—Novarsenob. endov. 0 gr. 40.

Julio 25.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45.

Agosto 1, 8, 15, 22 y 29.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60 × 5.

Septiembre 5.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60.

Total de novarsenobenzol: 5 gr. 90.

Un mes de intervalo, XX inyecciones de 2 miligr. sulf. estricnina y 10 centig. glícerofosfato de soda.

Año 1918. Octubre 5.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.

Octubre 9.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45.

Octubre 17, 24 y 31.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60 × 4.

Total de esta serie: 3 gr. 15.

Un mes de intervalo. Estricnina y glícerofosfato como en el descanso anterior.

(Digamos, de paso, que actualmente prescindimos de estos descansos hasta no pasar de 10 o 12 gr. continuos de neosalvarsán).

Año 1918. Diciembre 6.—Novarsenob. endov. 0 gr. 30.

Diciembre 12.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45.

Diciembre 19.—Novarsenob. endov. 0 gr. 60 (reacción).

Diciembre 26.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45.

Año 1919. Enero 2 y 9.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45 × 2.

Total de esta serie: 2 gr. 70.

Total de novarsenobenzol en 3 series (26 inyecciones) 11 gr. 75, administrados del 22 de junio de 1918 al 9 de enero de 1919.

El oculista doctor Yribarren, que sigue de cerca al enfermo, me anuncia siempre que la medicación sólo provoca efectos favorables.

Año 1919. Enero-febrero.—Inyecciones semanales de 5 cc. lipiodol. Estricnina y glícerofosfato.

Marzo-abril.—Calomel: 6 inyecciones de 4 centigr.

Mayo.—Estricnina y glícerof.

Junio 3.—Novarsenob. endov. 0 gr. 10.

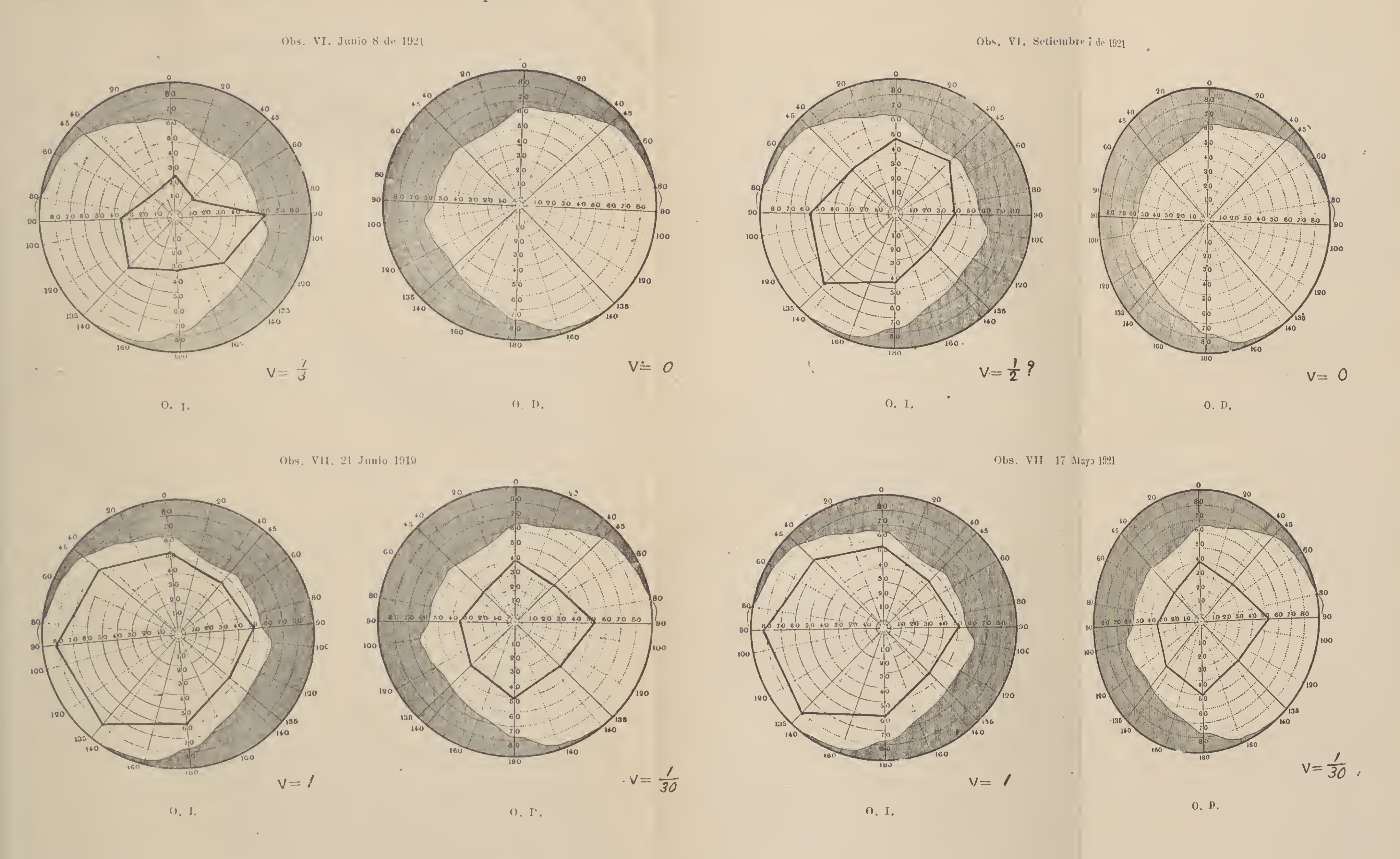
Junio 9, 16, 23 y 30.—Novarsenob. endov. 0 gr. 45 × 4.

Total de la serie: 1 gr. 90.

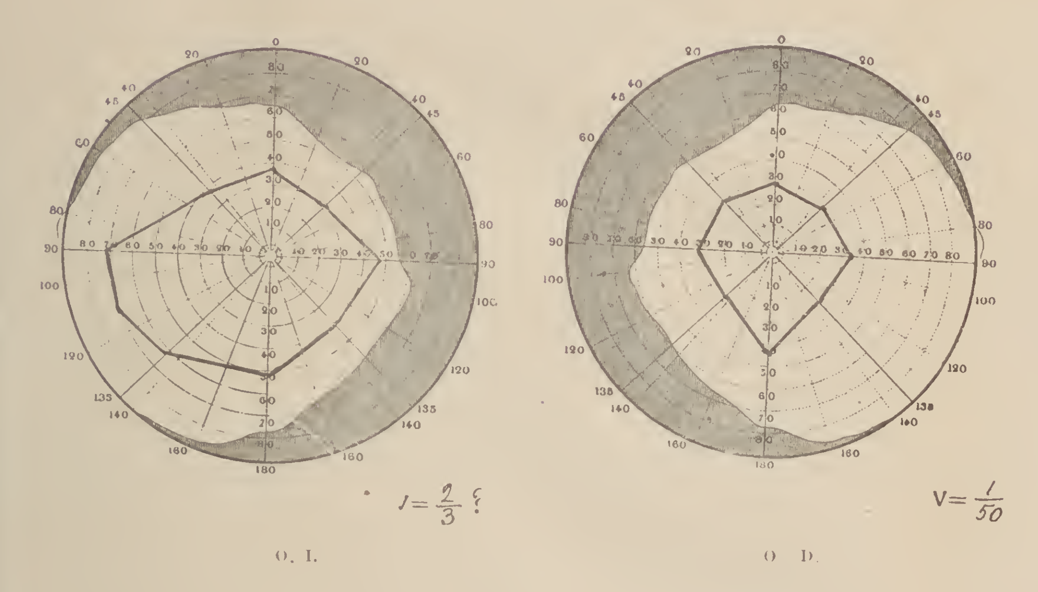
Total de novarsenobenzol hasta la fecha: 13 gr. 65.

El doctor Yribarren levanta este estado actual el 21 de junio de 1919:

Pedro L. Baliña. — *Tratamiento de las neuritis ópticas sifilíticas.* — Pl. I

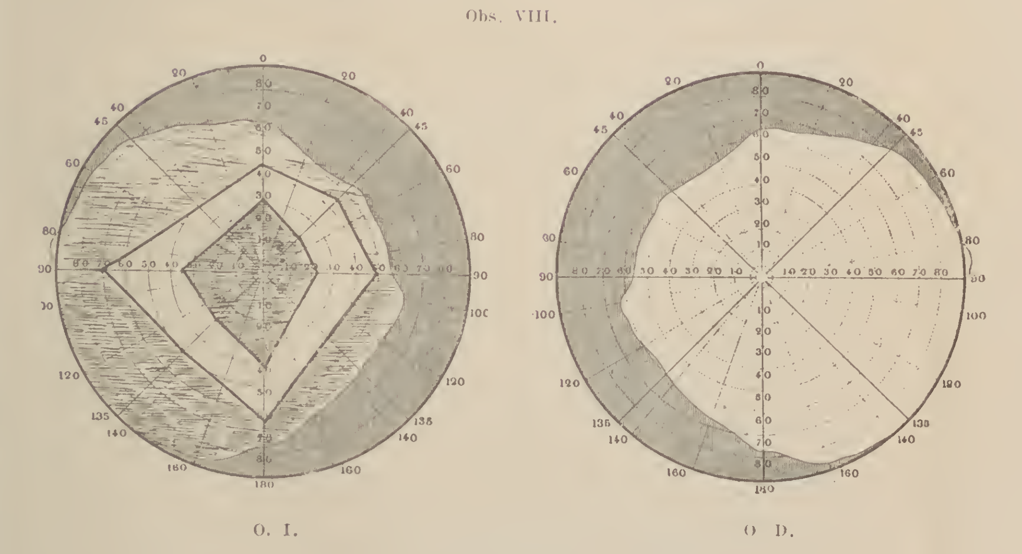


Obs. VII. 23 de Abril de 1918



O. I. O. D.

Obs. VIII.



O. I. O. D.

O. D. + 1.50. Visión = 1|30.
O. I. + 1.50. Visión = 1 para lejos.

Es decir, que en esta fecha el ojo derecho de 1|50 de visión, ha mejorado a 1|30. El ojo izquierdo con visión de 2|3? ha llegado a la unidad.

Año 1919. Julio.—Estricnina, lipiodol.

Agosto-septiembre.—5 inyec. calomel de 4 centgr.

Alternando yodolipol, estricnina y calomel, llegamos a

1920. Junio 21.—Neosalv. endov. 0 gr. 20.

Julio 28.—Neosalv. endov. 0 gr. 30.

Julio 12.—Neosalv. endov. 0 gr. 35 (reacción).

Julio 19 y 26.—Neosalv. endov. 0 gr. 30 × 2.

Agosto 2 y 9.—Neosalv. endov. 0 gr. 30 × 2.

Agosto 16 y 23.—Neosalv. endov. 0 gr. 45 × 2 (reacción).

Agosto 30.——Neosalv. endov. 0 gr. 30 (intolerancia).

Total de esta quinta serie: 3 gr. 55.

Total de novarsenob. y neosalvarsán hasta la fecha: 17 gr. 20.

Dice el enfermo que hacía muchos años que no sentía la sensación de bienestar que ahora, desde hace un par de años, experimenta; que desconoce a su intestino, perezoso antes, ahora perfectamente regularizado. Ha aumentado algunos kilos de peso; su buen aspecto llama la atención de los que le conocen. Sus dolores fulgurantes sólo reaparecen en los cambios de tiempo o al reanudar el tratamiento de neosalv. Con un sello analgésico los domina.

1920. Septiembre.—Yodolipol.

Octubre-diciembre.—Calomel, estricnina, glícerof.

1921.—Enero-febrero.—Yodolipol, estric., glícerof.

Mayo.—Calomel.

1921.—Agosto 8 y 16.—Neosalv. endov. 0 gr. 15 × 2.

Agosto 22.—Neosalv. endov. 0 gr. 20.

Agosto 29.—Neosalv. endov. 0 gr. 30.

Septiembre 5.—Neosalv. endov. 0 gr. 30 (intolerancia).

Total de la sexta serie: 1 gr. 10.

Total de neosalvarsán hasta la fecha: 18 gr. 30.

En 26 de agosto de 1921, el profesor doctor Adolfo Nocetti revisó prolijamente al enfermo, en cuya compañía fuimos a verle. Además de los datos que anteriormente anotara en su registro, lo tenía bien presente. Terminado el examen, el profesor Nocetti no nos ocultó su sorpresa al comprobar que en este paciente, para quien la ceguera a corto plazo había parecido un destino ineludible, se hubiera conseguido, no ya detener el proceso—lo que es un éxito considerable—sino más aún, hacerlo retroceder, obteniendo una mejoría extraordinaria, lograda y consolidada desde dos años atrás.

No sólo es admirable—nos decía,—la mejoría de la visión, sino la ampliación considerable de su campo visual. Y todo esto, agre-

gaba, contrastando con el aspecto blanco, siempre imponente de sus papilas, blancas, objetivamente inmodificadas.

El doctor Yribarren resume así su juicio sobre este paciente, al que ha seguido siempre de cerca. "El tratamiento prolongado e intensivo, en este enfermo, ha modificado el campo visual y la visión para lejos y cerca, mejorándolos notablemente; pudiendo leer sin fatiga y dedicarse a sus tareas importantes. La mejoría puede considerarse definitiva, por el tiempo (más de dos años) transcurrido, sin que pierda su visión y se estrechen sus campos visuales."

En noviembre de 1921, el paciente seguía en óptimas condiciones. Necesito—nos decía—hacer un esfuerzo, para recordar que soy enfermo. Y este paciente, que debe al maravilloso tratamiento por neosalvarsán, su bienestar, su dicha, la de los suyos y la de cuantos le respetan y aprecian, por sus relevantes condiciones de hombre y ciudadano ejemplar, es el mismo enfermo que con una entereza y serenidad superiores, en abril de 1918, consciente de su situación, que veía tan sombría como sus médicos, iba acomodando su vida y su espíritu para entrar en la noche permanente.

Obs. 8. Doble atrofia papilar tabética.—Francisco T., 52 años, argentino, casado, carpintero. Hace seis años que nuestro apreciado amigo el profesor J. C. Montanaro, del Servicio de Clínica Neurológica del Hospital Ramos Mejía, observa de cerca a este enfermo y lo tiene en asistencia. A pesar de un tratamiento de Hg y I, perseverante, el enfermo ha seguido empeorando progresivamente, y en los últimos tiempos la agravación se ha intensificado, como se verá después.

Sabedor el doctor Montanaro del sistema de tratamiento que aplicábamos a esta clase de enfermos, nos propuso que dirigiéramos su cura, temperamento que junto con el paciente aceptamos.

Concurre el enfermo a nuestro Servicio del Hospital Español, en agosto de 1921. Lo conduce del brazo la esposa del paciente. Desde hacía años su visión venía debilitándose progresivamente, pero en los dos últimos meses la disminución ha sido tan considerable, que desde entonces ya no puede guiarse sólo. Con el ojo derecho, apenas ve bultos por visión periférica. Visión central, nula. Con el ojo izquierdo, distingue inconstantemente los dedos a 50 centím.; gran escotoma central; campo visual anular, muy reducido. Argyll-Robertson, positivo.

Su proceso debutó hace unos 10 años, con dolores fulgurantes. Sueño muy deficiente. Retiene mal la orina; tiene que hacer esfuerzos, a veces, para vaciar la vejiga; otras, la micción se entrecorta. Impotencia genital completa. Desde hace dos meses, cefaleas nocturnas.

En el Hospital Ramos Mejía, en agosto de 1921, la sangre dió Wassermann positiva, y el líquido raquídeo, linfocitosis; Nonne-Apelt y Wassermann, positivos.

En los seis años de tratamiento ha recibido 20 inyecciones de cianuro, endovenoso; 6 inyecc. de calomel de 10 centgr. y 104 de aceite gris de 12 centgr. Además, yoduro y lipiodol en cantidad.

Reflejos rotulianos: disminuído el derecho, abolido el izquierdo. Los aquilianos, muy disminuídos, de uno y otro lado. Reflejos palmares y cubitales, muy disminuídos. La Wassermann de la sangre sigue siendo positiva. Orina, análisis normal.

Lo sometemos al siguiente tratamiento:

1921. Agosto 11, 13 y 16.—Cianuro Hg endovenoso.

Agosto 18.—Neosalvarsán endov. 0 gr. 05 y ese mismo día (única vez que hacemos esto), con tres horas de intervalo, cianuro de Hg endov.

Agosto 20.—Neosalv. endov. 0.10 y cianuro Hg. end. 0.02.

Agosto 22.—Cianuro Hg.

Agosto 23.—Neosalv. endov. 0.10.

Agosto 24.—Cianuro Hg endov.

Agosto 25.—Neosalv. endov. 0.15.

Agosto 27.—Neosalv. endov. 0.15.

Agosto 29.—Cianuro Hg endov.

Agosto 30.—Neosalv. endov. 0.20.

Septiembre 1.º—Neosalv. endov. 0.20.

Septiembre 2.—Cianuro Hg endov.

Septiembre 3.—Neosalv. endov. 0.20.

Septiembre 5.—Cianuro Hg endov.

Septiembre 6.—Neosalv. endov. 0.30.

Septiembre 7 y 9.—Cianuro Hg endov. (intolerancia).

Septiembre 10 y 15.—Neosalv. endov. 0.30.

Septiembre 20, 24 y 29.—Neosalv. endov. 0.45 × 3.

Octubre 4, 8 y 13.—Neosalv. endov. 0.45 × 3 (reacción con la última).

Resumen: de 11 de agosto a 13 de octubre, 12 inyecc. de cianuro Hg endov., en total 16 centgr. (No se pudo dar más por intolerancia). Neosalvarsán endov., en 16 inyec. 4 gr. 60.

El doctor Yribarren, nuestro apreciado y competente Jefe del Servicio Oftalmológico en el Hospital Español, el día que lo examinó por primera vez, antes de todo este tratamiento, impresionado por la gravedad y el estado tan avanzado de sus lesiones de fondo de ojo, optó por desaconsejarnos el someter al tratamiento especial a este enfermo. Se encaminaba tan ligero a la ceguera; le faltaba tan poco para llegar a ella; era tan reducido el margen de acción útil que le quedaba a la medicación, por activa que fuera, que nuestro oculista, un entusiasta reflexivo del sistema de tratamiento que preconizamos, no deseaba—cosa posible—que los vestigios de visión de este hombre se esfumaran, coincidiendo con la iniciación de la cura a que deseábamos someterlo. De la innocuidad de ésta, aún para tan extremo caso, no había qué hablar; de la posibilidad de hacer obra útil, sí, y con razón.

Habría sido el primer paciente ante quien desistiríamos. Aunque la esperanza de beneficio para él, fuera remota, no había otra fuera de este tratamiento. Y lo decidimos. En todo caso, nos decíamos, aprovechará de la cura, su enfermedad orgánica, general.

A los 20 días de iniciada, el 1.º de septiembre de 1921, condujimos al paciente al Hospital Ramos Mejía, Servicio de Neurología del profesor Estévez, donde el enfermo era un viejo conocido, y allí los doctores Chiappori y Montanaro pudieron oir de sus labios y de los de su esposa, lo siguiente: el enfermo puede caminar con un poco más de seguridad; se tambalea menos; entra y sale de las habitaciones y se sienta, solo, lo que antes no podía hacer. Duerme mejor. Los dolores son menores. Retiene más la orina, la emite con más facilidad. Tiene fe en la cura, porque después de seis años de asistencia, repite, es la primera vez que haya observado un beneficio apreciable a raíz de una cura.

Presentamos este paciente en las conferencias del Hospital Oftalmológico (junto con el de la observación 6), que dimos de noche. El paciente pudo ir y venir solo, con facilidad, por la sala, mientras exponíamos la mejoría conseguida: hace más de un mes que concurre solo al Hospital, del que habita lejos; camina solo 7 cuadras para tomar el tranvía, cruza calles, sube y baja escaleras, reconoce a médicos y practicantes y distingue con la vista objetos que antes sólo reconocía con el tacto. Su estado general ha beneficiado grandemente; duerme muy bien, orina casi normalmente. En fin, ha renacido la potencia genital, asegurando ante varios colegas, que ha vuelto a tener contactos sexuales en forma normal.

No hemos tratado, consignamos ya, sino estos tres casos de atrofia de la papila, esencial, tabética. Empezamos recién a tratar un cuarto caso, sumamente serio. Ignoramos qué nos reserve el porvenir para otros enfermos semejantes; no nos ilusionamos, descontando éxitos futuros. Pero, sí, tenemos certeza de dos cosas: 1.º que no haremos ningún daño a cualquier paciente nuevo, por grave que sea su proceso; 2.º que tenemos la obligación moral de no privar a ningún enfermo con sífilis del nervio óptico, sea a forma neurítica, sea a forma de atrofia tabética, del inmenso beneficio curativo de los arsenobenzoles.

Auguramos que este tratamiento — a cuya difusión propende este trabajo — puesto en obra preventivamente o en casos de lesiones incipientes, se hará la mejor profilaxis de estos y otros accidentes serios y se rescatará a no pocos, si no muchos enfermos, cuyo sombrío porvenir sería inevitable, como lo era antes con los métodos rutinarios y los medios insuficientes de la vieja sifiloterapia.

Deseamos, aún saliéndonos del marco de este trabajo, no darle fin sin exponer, con satisfacción, otros méritos insospechados de la salvarsanoterapia metódica, progresiva, sostenida.

La niña de la Observación número IV, que salvó su oído gracias a esa forma de medicación, tenía, dijimos, una hermana de quince años, heredosifilítica como ella, que a los cinco años de edad presentó un goma del velo palatino causante de una perforación lenticular del mismo. Esta niña, en los diez años posteriores, no volvió a presentar objetivamente ninguna novedad. A ello contribuyó, es presumible, la medicación mercurio-yódica, crónica, intermitente, a que estuvo sometida durante todo el decenio. ¿Pero podría decirse, con todo, que su estado fuera el normal, para una niña de su edad? No. Esta niña motivaba una preocupación constante de sus padres: carácter un poco retraído, muy sensible, con indiferencia para ciertas cosas, impropia de su edad, y quejándose a menudo de sensaciones anormales, de malestares indefinidos. A menudo, también, de perturbaciones vagas de su estómago e intestino; de indiferencia para la comida. Siempre en demanda, la madre, de un buen tónico para su hija. Al examen somático, nada. Todo, aparentemente, en orden. Confesamos que, a no mediar la circunstancia de tener que tratar a su hermanita por la grave lesión del acústico, no habríamos pensado en someter a aquella niña al tratamiento neosalvarsánico. Pero, presente la ocasión, la aprovechamos, para ponerla así a cubierto de posibles sorpresas en el futuro. Fué, pues, con un criterio preventivo que dispusimos la medicación. Sus cosas subjetivas no se nos imponían como de las habitualmente abordables con el tratamiento específico.

Le hicimos una cura semejante a la de su hermana, con neosalvarsán.

Durante este tratamiento, varios indicios, en los que no nos deteníamos, absorbidos por cuestiones que son, o parecen, de más monto, revelaron ya beneficios imputables a la medicación nueva, puesta en acción. Cuando el ciclo de tratamiento hubo llegado a su fin, la madre, que de cerca y con un interés harto explicable no perdía detalle respecto al estado de salud de sus hijas, nos hacía también partícipes de su contento en las renovadas confidencias a que daba pretexto la reiteración de sus visitas. Porque, no sólo, nos decía, una salva su oído, ya casi perdido, es que la otra está también experimentando un cambio favorable en su estado general y, sobre todo, en su carácter, en su manera de ser. Ya no se que-

ja más del estómago, ni del intestino; ni de una sensación de opresión; come con inusitado apetito, ha aumentado de peso. En fin, un cambio físico favorable y una repercusión ventajosa sobre el carácter. Meses después, nos decía la madre: mi hija ha crecido de golpe; los vestidos le quedan chicos. Ha sido un inconveniente del tratamiento, decía risueñamente la madre, al que se agrega este otro: la preocupación de ir ahora todos los días al cinematógrafo, pues esta niña, antes reacia para salir de casa, está ahora siempre animada para arreglarse y no quedarse en ella.

Y por nuestra memoria desfilaban, al oír esas palabras, una serie de pacientes, legión ya, que, veteranos de los viejos tratamientos, nos habían llegado a convencer que este precioso remedio, el salvarsán, era árbitro, a veces, no sólo de la salud física de los pacientes, sino de la no menos apreciable sensación de bienestar espiritual que — alejados o anulados los factores patológicos — deriva, precisamente, de restituir a los órganos su juego funcional libre y armónico, es decir, fisiológico. Y en esos casos donde el mercurio y el yoduro habían agotado su acción, fracasando, ese éxito lo alcanzaron los arsenobenzoles.

Concepto de la infección sifilítica y de su tratamiento

POR EL DR. PEDRO L. BALIÑA (Buenos Aires)

Profesor suplente de dérmato-sifilografía en la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Establecer la naturaleza sifilítica de un chancro, por precoz que sea el diagnóstico, implica, actualmente, el reconocimiento de una infección sifilítica generalizada, constitucional, en evolución ya desde días y semanas atrás.

Este concepto importantísimo de la precocidad de la infección sifilítica generalizada, fundamental en sifilología, no se ha difundido suficientemente, a pesar de que hace varios años que es un hecho adquirido. Sin embargo, puede decirse con toda seguridad, que al hacer diagnóstico de chancro sifilítico frente a un chancro enteramente reciente, por ejemplo, dentro de las 24 horas de su aparición, se ha hecho el

diagnóstico de una infección sifilítica generalizada, constitucional.

Esta infección generalizada es tan precoz que se opera aún antes de la aparición clínica del chancro, durante los 20 o 30 días que dura el período de su incubación.

En 1908, Neisser, consignando los resultados de inoculaciones de la sífilis en animales de experiencia, declaraba que la destrucción del punto de inoculación 14 y aún 8 horas después de efectuada la experiencia, no impedía la eclosión ulterior de la sífilis. La sangre de un animal inoculado, decía el mismo autor, puede transmitir la sífilis a otro animal desde el quinto día de operada la contaminación. Se explica así de sobra el fracaso de la extirpación del chancro a que antes se recurrió con el intento de hacer abortar la infección.

Pero la infección sifilítica clínicamente reciente tiene peculiaridades muy importantes y especiales.

Es posible inocular con éxito positivo las espiroquetes de su mismo chancro u otros extraños al portador de un chancro sifilítico que data de menos de 10 a 12 días. En este caso la incubación de este chancro experimental será más corta y la lesión clínica menos típica que la inicial.

La reacción de Wassermann se hará positiva en la sangre solamente a partir, próximamente, de los 20 días, contados desde la aparición del chancro.

Son estos hechos muy importantes, pues si bien la diseminación de la infección es extraordinariamente precoz, según al principio recordábamos, el grado o intensidad de está infección sólo llega a su máximo hacia la primera quincena de la exteriorización del chancro.

Las modificaciones humorales determinadas por la infección sifilítica en pleno desarrollo (estado refractario a nuevas contaminaciones, reacción de Wassermann positiva), necesitan, pues, un tiempo para producirse después que el chancro ha hecho su aparición. Este tiempo, durante el cual se opera progresivamente una impregnación mayor de la economía por el virus sifilítico, que se multiplica activamente, constituye el momento más propicio para que una medicación enérgica intervenga y, tratando de contrarrestar su incremento, intente su extinción.

Necesidad imperiosa, por consiguiente, de instituir un tratamiento enérgico lo más precozmente posible, y para ello necesidad de establecer el diagnóstico de chancro sifilítico, igualmente, de la manera más precoz posible.

A los 45 días de la aparición del chancro se hacen ostensi-

bles las manifestaciones secundarias. La constatación de éstas implica una infección profusa, intensa, con incontables colonizaciones clínicamente activas en los diferentes órganos y tejidos de la economía. Las condiciones para afrontar su destrucción son manifiestamente menos favorables en este período, pues si bien la gran masa de los treponemas es accesible al remedio, una parte, al menos, según la práctica lo demuestra, está como secuestrada e impone la prosecución perseverante de la medicación para no asistir a recidivas o accidentes del tipo neuro-recidivas por acción insuficiente de la medicación.

Es hoy un hecho bien destacado el rol inmenso del espiroquetes pálido de Schaudinn en patología humana como factor de enfermedad en todos los sistemas, aparatos y órganos de la economía, lo mismo que la complejidad de las lesiones anátomo-patológicas que engendra y el polimorfismo clínico y sintomatológico, tanto para la infección sifilítica adquirida, como para la llamada heredada. Apreciamos la trascendencia de la sífilis, no sólo desde el punto de vista del individuo, sino social y de la especie.

El criterio con que instituímos tratamiento frente a un recién contaminado con sífilis, que nos exhibe su chancro, debe tener en seria cuenta los hechos y razones enunciados.

El accidente inicial y su adenopatía satélite por los que el enfermo nos consulta y absorben toda su atención, son manifestaciones espontáneamente resolutivas, como lo son, en general, todas las del período secundario.

La obligación del médico, respecto a ese enfermo con sífilis recién exteriorizada, es ver mucho más lejos que él, encarar su futuro tratando de resolver, no el insignificante problema de las lesiones actuales en sí mismas, sino la trascendental cuestión, infección sifilítica generalizada, que ellas significan. El médico debe tener conciencia de esto y ajustar a esta situación, con mano firme, decidida, con autoridad persuasiva, el tratamiento correspondiente. El médico es, hoy día, en gran parte, árbitro del futuro de tal paciente. De lo que él haga o deje de hacer desde ese momento propicio, puede depender la curación o la cronicidad del mal.

Hay que luchar contra el concepto rutinario, miope, que aún sigue viendo en estos casos una infección local, cuando precisamente el virus infectante ya difundido en la economía, empieza a engendrar los focos mórbidos, que, no aniquilados en esa ocasión propicia, van, acaso, sin solución de continuidad, a ser los puntos de partida de las lesiones irrepa-

rables que en un porvenir no lejano o remoto — una engañadora latencia por medio — motivarán el infortunio del paciente y la impotencia del médico.

Se impone, pues, en tales circunstancias, la *ejecución inmediata* del tratamiento, *adecuado, suficientemente intenso* y *prolongado.*

Los llamados tratamientos abortivos a base, por ejemplo, de un reducido número de inyecciones de neosalvarsán, si bien "limpian" de manifestaciones al enfermo, son de evidente corto alcance y fracasan en la práctica.

La eficacia y celeridad con que obran los arsenobenzoles sobre las manifestaciones de la sífilis, resistentes a veces al mercurio, ejerció una sugestión al principio de la era salvarsánica, que aún deslumbra a algunos prácticos. Desgraciadamente, la acción de esos remedios, con ser grande y preciosa, no opera sobre la infección sifilítica general, constitucional, una acción rápida y decisiva como la que ejerce sobre los síntomas externos visibles. De ahí la necesidad de prolongar los tratamientos.

La difusión de la salvarsanoterapia ha determinado un cambio en el cuadro de conjunto con que se nos presentan ahora los enfermos de sífilis en relación al que ofrecían antes del advenimiento de aquella medicación. Eran antes frecuentes las formas floridas de sífilis a manifestaciones de los más variados tipos. Ahora escasean. Todo el período secundario, antes pródigo en manifestaciones denunciadoras, es ahora corrientemente franqueado sin que brote una lesión, con gran ventaja para la profilaxis.

Pero, a la par de estas ventajas, se han presentado algunos inconvenientes, después de la generalización de la salvarsanoterapia, tal, por ejemplo, la frecuencia de las manifestaciones clínicas precoces de lesiones del sistema nervioso, raras en el período secundario de la sífilis durante la era mercurial. Hoy sabemos que tales manifestaciones, denominadas neurorecidivas, no son, en absoluto, síntomas de lesiones tóxicas, arsenicales, sino reviviscencias, recidivas anormalmente exuberantes de focos treponémicos no destruídos por insuficiencia de acción medicamentosa. Prueba irrefutable: la salvarsanoterapia metódica, insistente, evita la aparición de las neurorecidivas y las cura cuando llegan a producirse.

De manera que el escollo de las neurorrecidivas, aclarado

su mecanismo y significación, ha perdido la importancia dentro de un tratamiento salvarsánico correcto. Ha servido para justificar la necesidad de la medicación intensa y perseverante, a despecho de apariencias engañadoras de bienestar.

Otro tanto ocurre con la recidiva de manifestaciones secundarias después de tratamientos insuficientes o interrumpidos prematuramente, y las recidivas serológicas que revelan sífilis latentes, mudas, que se encaminan a un terciarismo latente para, acaso, a la sordina elaborar el terrible despertar tardío (parálisis general, tabes, etc.).

Todos estos hechos justifican la necesidad de una medicación activa y perseverante, decíamos. Hasta cuando deberá ser ésta proseguida, es cuestión difícil de establecer en la práctica. Apresurémonos a decir que no hay signos que permitan establecer la curación absoluta de la infección sifilítica. (Pues aún la reinfección es pasible de objeciones). Los elementos de juicio que el laboratorio nos facilita, son, indudablemente, ayudas valiosas para ilustrarnos al respecto, pero insuficientes para resolver la grave cuestión.

Más aún: cabe preguntarse, ¿es la sífilis curable? En principio creemos que puede contestarse afirmativamente a esta pregunta. La sífilis no debe hacer excepción dentro de las enfermedades infecciosas, pues aún las más virulentas y mortíferas no matan a todos los que llegan a sufrirlas, y aún abortan y no prosperan en algunos organismos que decimos refractarios. Creo que esta consideración: sujetos que con infecciones auténticas 40, 50 años atrás, y que por todos los indicios están curados, son razones que abonan en favor de la curación total, aún espontáneamente, para algunos sujetos. De otra parte, hay pacientes en quienes la infección sifilítica es irreductible, aún tratada desde sus comienzos, y a pesar de los adelantos modernos.

Entre estos dos extremos, los que pueden llegar a la curación espontánea y aquellos en quienes toda terapéutica fracasa, aún precozmente iniciada, — extremos ambos que debemos considerar raros en la práctica, — está toda la inmensa gama intermedia, que comprende a la casi totalidad de los hechos de observación corriente: es decir, los pacientes de la práctica diaria, sobre la generalidad de los cuales la medicación opera sus beneficios preciosos.

Estos beneficios, desde la era salvarsánica, se han traducido para algunos pacientes, sobre todo los tratados precozmente, por curaciones que han ofrecido todos los indicios de ser completas, pues han presentado el cuadro de una rein-

fección sifilítica, llenando los requisitos exigidos para considerarse como tales. Y aunque fuera objetable la reinfección o algunas reinfecciones, es indudable que hechos semejantes eran extraordinariamente más raros antes de la entrada en acción del salvarsán.

El tratamiento actual de la sífilis por los arsenobenzoles, mercurio y yoduro, manejados con prudencia, energía y constancia, ha demostrado tener en la práctica de profesionales experimentados un alcance insospechado, aún en casos de localizaciones tenaces y por completo rebeldes antes del advenimiento del salvarsán. Por nuestra parte, suministraremos una prueba de ello en un trabajo sobre los resultados obtenidos tratando la atrofia papilar de los tabéticos. Estos resultados consisten en detención del proceso y mejoría extraordinaria. Y estas pruebas del notable alcance de la medicación antisifilítica actual, puesta a prueba en casos serios con lesiones constituídas, tienen un valor práctico considerable en sí, y por lo que significan. En efecto: si la medicación opera tales beneficios sobre lesiones serias, avanzadas, de antigua data, ¿no nos está indicando que puesta en acción más oportunamente esa misma medicación habría impedido el desarrollo de esos accidentes inconmovibles ante los viejos remedios?

Sacamos, en consecuencia, esta deducción, como producto de estos razonamientos y de nuestra experiencia personal: tratando oportuna, intensa y sostenidamente a los enfermos de sífilis con los recursos actuales se llega prácticamente a la anulación de la enfermedad. Y a este éxito contribuyen en primero e indiscutible lugar los neoarsenicales.

Para la consolidación de los buenos resultados obtenidos, creemos, sin embargo, que hay necesidad de prolongar más allá de ellos y de las pruebas serológicas negativas la medicación activa; que la marcha clínica de un caso dado, la oportunidad, calidad, intensidad, regularidad y perseverancia en la medicación puesta en obra, a lo que se agrega los datos del laboratorio, son, junto con el factor tiempo de observación, los grandes elementos en que basamos nuestro juicio pronóstico frente a dicho caso.

Y, para terminar y como demostración de la insuficiencia a veces de los datos negativos suministrados por el laboratorio, referiremos la historia llena de enseñanza de un paciente que hemos tenido ocasión de observar este mismo año.

El señor G., de 32 años, hace 11 que adquirió sífilis. Tratamiento mediocre a continuación. El año 1919 nos consulta por precaución, pues no siente nada anormal; su estado general es muy bueno, no tiene ningún signo de proceso en actividad y su Wassermann es negativa.

A fines de 1920, se inicia, en este paciente, un malestar de estómago con vómitos incesantes que le impiden toda alimentación. Se piensa en Rosario, donde habita, en crisis gástricas tabéticas y hacen 3 o 4 neosalvarsanes y varias inyecciones mercuriales, sin resultado. La Wassermann de la sangre sigue negativa. Le practican, allí mismo, dos punciones lumbares y los análisis respectivos, efectuados por persona competente, con los líquidos extraídos, dan resultados negativos en cuanto a linfocitosis, Wassermann e hiperalbuminosis. Un cirujano cree encontrar algo anormal en la radioscopía de estómago, sospecha una úlcera y propone una intervención quirúrgica, que el enfermo rehusa. El doctor Schleisinger, de Rosario, me dirige al paciente, quien me consulta en Buenos Aires (8 de marzo de 1921), y da los datos consignados. El enfermo está muy demacrado, ha perdido más de 20 kilogramos de peso, vomita día y noche. Ya van cuatro meses que el proceso se inició. Durante ese tiempo ha habido algunas cortas remisiones de uno o pocos días, que le permitían alimentarse. El enfermo, muy deprimido en el momento del examen, no llama la atención sobre ningún otro síntoma, pero requerido con insistencia, comprobamos que tiene pereza vesical, pasa más de medio día sin sentir ganas de orinar, tiene que acordarse de su vejiga y no nota la sensación de haberla evacuado al terminar la micción. Además, dolores e hiperestesias en la región sacrolumbar, y en las piernas unas puntadas de tipo dolor fulgurante. Y con todo esto, sus reflejos tendinosos aquilianos y rotulianos son normales. No hay Romberg. En el ojo derecho la pupila no funciona, pero esto se debe a una catarata traumática, antigua, con pérdida total de la visión. La pupila izquierda reacciona bien y existe reflejo consensual.

Todos los fenómenos ofrecidos por el paciente, nos llevan a pensar en un tabes frustro. Hacemos internar al enfermo en el pensionado del Hospital Español, donde ingresa en seguida. El análisis de orina, es normal. Se inician inmediatamente inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio. Hacia la cuarta se intercala 5 centigramos de neosalvarsán endovenoso. Dos días después 10 centigramos, y a iguales intervalos 0.15, 0.20, 0.30 gramos del mismo arsenical (cia-

nuro de Hg. en los días intercalares) a intervalos de 4 a 5 días, o mayores, el enfermo sigue recibiendo después de una inyección de 0.45, VII inyecciones de 0.60 y 1 de 0.75, de neosalvarsán. Además, en total, unas XII de cianuro Hg. endovenoso (fines de mayo de 1921).

Antes de terminar el primer mes de este tratamiento, el enfermo había experimentado un alivio muy apreciable, ausentándose del hospital. El 30 de mayo nos refiere que en los últimos 40 días sólo ha tenido dos crisis de vómitos de dos días de duración cada una. Ha aumentado 8 kilogramos de peso. La pereza vesical y el dolor sacrolumbar persisten.

El 26 de julio de 1921 torna a vernos el paciente. Desde su anterior visita ha recibido 6 inyecciones más de 0.60 gramos de neosalvarsán. Hace más de dos meses que está absolutamente restablecido de su estómago, come de todo; no ha tenido ni un vómito, ni una náusea. De 51 kilogramos ha aumentado a 73. Los dolores de tipo fulgurante y los de la región sacrolumbar han desaparecido por completo. Orina 4 o 5 veces en el día y ha recuperado las sensaciones normales que había perdido. Está ahora, dice, como en sus mejores tiempos; ha recuperado el sueño, y, en fin, todas las características de su salud restablecida. El día que registramos este estado actual, el doctor Rómulo Chiappori, distinguido profesor de neurología de nuestra escuela, tuvo la gentileza de ver a este paciente y oír de sus propios labios la historia de su proceso y curación. En marzo de 1921, estando en su apogeo la dolencia, el profesor doctor Mariano R. Castex, examinó a este enfermo, que fué a consultarle por nuestro consejo. Durante la internación en el Hospital Español, compartimos la asistencia con el doctor Vicente Subiza, clínico de dicha institución.

Al hacernos la última visita, llevaba recibidos el paciente bajo nuestra dirección, 9 gramos 80 de neosalvarsán. Aconsejamos que siga con el mismo remedio, alternando con mercurio y yoduro.

En octubre de 1921, el enfermo según noticias, seguía en las mismas condiciones.

Este caso excepcional, demuestra que la infección sifilítica puede subsistir activa en un sujeto sin exteriorizarse por trastornos objetivos ni subjetivos, ni por modificaciones humorales. Además, que un tratamiento enérgico, metódico y

perseverante, es capaz de dominar completamente una sintomatología tan seria como la presentada por el enfermo. El tratamiento que, sin ese criterio y disciplina, hiciera antes de su ingreso al hospital, fué, en cambio, impotente, con el agravante de inducir en error, haciendo descartar la sífilis como factor causal de sus trastornos y abocando al paciente a una intervención quirúrgica seria e inútil.

Si este paciente, que tenía el antecedente de una sífilis deficientemente tratada, hubiera efectuado la medicación que le impusimos después, antes que su proceso se exteriorizase según toda verosimilitud, habría estado a cubierto de las novedades que presentó.

Luego, la mejor garantía de bienestar para un enfermo de sífilis, en última instancia, es, además de todos los datos y signos favorables, el contar en su haber con un tratamiento adaptado a su caso personal, intenso, metódico, crónico, intermitente.

Syphilis e glandulas endocrinicas

PELO DR. ULYSSES DE NONOHAY (Porto Alegre)

Professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegree (Río Grande do Sul—Brasil)

O QUE É A SYPHILIS? Até hoje não ha quem saiba responder o que seja realmente esta molestia.

Emquanto se aperfeçôa a sua clinica, o diagnostico se precisa, a therapeutica adquire maior efficacia, a sua pathogenia continúa ou se faz mais obscura.

Parece que todos os autores, mesmo após a descoberta do agente causal d'aquella molestia, temem abordar o assumpto, que continúa aberto...

Então se acredita que é uma Scepticemia especial chronica ou com Ravaut que é infecção do systhema nervoso, principalmente meningéa. (1)

(1) Estudos, ultimamente feitos, mostram a influencia das alterações suprarenaes em varios estados meningeos, podendo a sua aplasia ser causa da hydrocephalia congenita (Lévy, citado por Marañón). Não estará neste facto tambem a explicação fácil das reacções meningéas da Syphilis?

Á primeira hypothese respondem todas as tentativas de inoculação no sangue, seguidas de insuccesso, salva a classica dos tres medicos; respondem todas as pesquizas de treponemas que só por excepção rarissima foram encontrados n'aquelle tecido, ao emvez das spirochetas da febre recorrente, que formigam n'elles, durante os accessos febrís.

Para a theoria meningéa ficar de accordo com a observação clínica, foi necessario forçar a physiologia normal humana, ao mesmo tempo que desprezar a microbiologia da syphilis.

E assim a meninge passou a ser o ninho dos treponemas, porque não póde ser attingida pela medicação específica, que só atravessa o systhema nervoso, quando injectada no canal medullar.

E, emquanto o sangue deve ser o líquido que banha todas as cellulas do organismo, que vae nutrir para a vida e para o desenvolvimento, admittida aquella hypothese, temos de crer que ha em qualquer parte do systhema nervoso um filtro que retém alguns medicamentos que nelle circúlam, mercê da intervenção therapeutica.

Onde está, onde se esconde?

Ninguém o sabe nem a elle se refére o autor da theoria.

É desprezada a microbiologia, porque nunca foram encontrados, nos centros nervosos, os treponemas, fóra dos casos da syphilis se ter extendido até lá e em que aquelle microorganismo, como nas diversas manifestações deste mal, existia nos vasos que servem á região attingida.

No emtanto estas idéas ainda circulam e são geralmente aceitas.

Idolos de pés de barro, poderá a sciencia, ao serviço da razão, derrubar-vos sem estrepito?

Á microbiologia. — Com a descoberta de Schaudinn e Hoffmann, têm-se multiplicado os estudos e as pesquizas dos treponemas, de sorte que toda a tentativa séria de pathogenia da syphilis, debe começar por apprehender os hábitos e a evolução daquelle microbio no organismo infectado, ao mesmo tempo que pôr isto em parallelo com a marcha da molestia, sua consequencia próxima.

Pois bem! Depois de um periodo de incubação de duas a tres semanas, que parece reservado pelos treponemas á sua multiplicação, surge o cancro, o syphiloma inicial.

No cancro. — A primeira impressão, que se tem nas pesquizas dos treponemas no cancro, é de que estes parasitos seguem uma via de penetração.

Assim, emquanto raros ou nullos na superficie, elles abun-

dam no derma, nas partes profundas da lesão, ao "redor" dos vasos sanguineos, "dentro" dos lymphaticos, sobre a bainha dos nervos.

A este proposito escreve Levy-Bing: "No centro, profundamente abaixo do meio da erosão, é o conjuncto mesmo dos tecidos antes de tudo, no emtanto, os feixes de fibras conjunctivas que os treponemas occupam em numero consideravel.

Ahi, ainda, a sua distribuição é irregular, e, si em algumas partes existem em numero moderado, em outras são em numero tão prodigiosamente grande que os feixes de tecido conjunctivo parécem exclusivamente constituidos por elles.

É interessante notar, a este proposito, com que fidelidade os treponemas esposam a direcção das fibrilhas: rectas quando são rectas, ondulosos quando são ondulosas, seccionados obliquamente ou transversalmente e apparecendo como bastonetos ou pontos negros, quando foram interessados por uma secção obliqua ou transversa.

Sem duvida, isso é devido a que elles se accumulam ahi, onde encontram maior resistencia a progressão, isto é, nas fendas do tecido conjunctivo, que são parallelas ás fibras e a origem, como se sabe, das vias lymphaticas.

Tambem ha uma outra hypothese que explica esta preferencia: a progressão dos parasitos em busca dos vasos lymphaticos.

As pesquizas do Blaschko provaram que só por excepção, como empurrados, é que os treponemas penétram nos vasos sanguineos.

Ao contrario, sempre abundam nos vasos lymphaticos e são ás vezes encontrados na bainha conjunctiva dos nervos, no interior mesmo, isto é, entre as fibrilhas.

De toda a sorte dá-se a migração do parasito, que em breve vamos acompanhar no periodo secundario da molestia.

Adenite satellite. — Ao lado do cancro, surgindo com elle e com elle constituindo o periodo primário, está a adenite.

Quantas vezes é aquelle tão insignificante, que só se torna possivel o diagnostico pela palpação do ganglio próximo?

Emtanto, clinicamente, esta adenite, salvas as infecções secundárias, não tem o caracter inflammatorio, de reacção á infecção.

É uma hypertrophia ganglionar, dura, fria, indolente.

Será porque o treponema é protozoario?

Porém, isto é uma questão discutivel e vejamos, pois, sómente como se concentram os treponemas no ganglio.

Hoffmann e Beer, no seu trabalho resumido por Levy-Bing, dizem que estes parasitos, pelo seu maior numero, eram situados ao nivel da zona cortical, não longe do seio marginal, formando verdadeiros enxames, em redor das parêdes vasculares e nas trabeculas.

Por fim, depois de assignalarem a grande riqueza dos ganglios em treponemas, affirmam que alguns dos numerosos parasitos, "contidos nas parêdes vasculares, são dirigidos normalmente para a luz do vaso e penétram manifestamente na corrente circulatória".

Amigração. — Das duas primeiras manifestações da syphilis o treponema emigra para o interior do organismo, atravéz da corrente circulatória.

É provavel, como bem assignála Levy-Bing, que os parasitos multiplicando-se, sejam arrastrados pelo vis a tergo para dentro dos vasos sanguineos, ou então, em busca de habitat propicio, penétrem no interior dos mesmos.

Este facto é provado, não só pelas pesquizas, de Hoffmann e Beer, como pela circumstancia notavel de que só neste periodo da syphilis, os treponemas, ao inverso dos outros, seguem esta marcha de fóra para dentro d'aquelles vasos.

Porém, o sangue, parece ser um meio desfavoravel para o treponema (Levy-Bing), a ponto que este só se serve delle, como um meio de transporte.

Assim, quando nos capillares, diminúe a corrente sanguinea, aquelles parasitos, de maneira activa, emigram de dentro para fóra, atravéz da parêde de vaso, indo assim dar logar ás manifestações secundárias.

Outras vezes se enganeham nas parêdes vasculares, as quaes reagindo pela fórma commum a os demais tecidos, dão logar a outros processos pathologicos da syphilis.

Polyadenite. — Porém, ainda ha um facto clínico a assignalar na transição do periodo primário para o periodo secundário da syphilis; a polyadenite, constante, fatal, inevitavel.

Só vejo uma explicação para este phenomeno; a preferencia dos treponemas pelo tecido ganglionar e a sua multiplicação dentre elles, verdadeiras estações, d'onde elles partem para levar a infecção ao organismo.

Orgãos da defeza, elles retêm o parasito, poderão objectar os idólatras da theoria pathogenica sanguinea da syphilis.

Porém, como é sómente nesta molestia que a natureza muda os seus processos de reacção antixenica?

A polyadenite não é a consequencia de infecções da proximidade: é dura, indolor, aphlegmasica...

É facto mais notavel ainda, num caso de Lues, latente ha mais de dois annos e que clinicamente era reconhecida pelos antecedentes e pela persistencia da polyadenite, a punção ganglionar foi positiva, revelando um numero avultado de treponemas. (1)

DUAS CONCLUSÕES. — Duas conclusões já resaltam neste periodo; o ganglio satellite não é uma infecção local, que é insignificante ou apparece concomitantemente com elle; na migração de parasita, antes de quaesquer outros tecidos e ás vezes, fóra mesmo de outra manifestação especifica, a polyadenite é constante e inevitavel.

Nestas condições, parece que o parasito, em sua migração, se detém de preferencia nos ganglios lymphaticos, onde encontra o "habitat" favoravel á sua multiplicação.

A não ser assim, não se explicaria como nestes orgãos, ha, ás vezes, lesões histologicas insignificantes, con verdadeiros enxames de treponemas, bem como serem nelles observados, ao contrario das outras manifestações, salvo o cancro inicial, aquella disposição dos parasitos, normalmente dirigidos para a luz dos vasos, em que penétram de fóra para dentro.

QUE SÃO OS GANGLIOS? — Os ganglios são glandulas de secreção interna.

Veremos, a seguir, que a exemplo delles, outras participam do processo mórbido da syphilis, soffrendo ás vezes perturbações na sua funcção, outras supportando os treponemas, como saprophytos, até que circumstancias, ainda desconhecidas, os façam novamente multiplicar e se tornar pathogenicos.

São os ganglios lymphaticos, são as mais superficiaes das glandulas endocrinicas, os ninhos em que dórmem os treponemas, durante os primeiros periodos da latencia da syphilis.

A GLANDULA THYROIDE. — Mez e meio a dois mezes após a eclosão do cancro, começam os accidentes geraes da syphilis.

Si alguns destes, como as syphilides cutaneas e mucosas são expressão do ataque local do treponema, que chegado nos capillares, se aproveita da demora da circulação, atravessa a parêde do vaso, e vae provocar aquella manifestação, outros indicam no emtanto que novas glandulas são invadidas pelo parasito.

(1) Burnier, numa Revista Geral dos "Annales des Maladies Vénériennes", março de 1921, diz o seguinte: "Os ganglios conservam, pois, as spirochetas durante muito tempo, até o terceiro anno da syphilis. Destes fócos infecciosos elles podem partir por via sanguinea e occasionar as recidivas."

Tal é o caso, por exemplo, da alopecia, que tão communmente apparece neste periodo.

Mais do que eu pudera dizer neste sentido está a traducção de que sobre a alopecia thyroidéa escreveram Levy-Rotschild, uns dos que mais se especialisaram no estudo desta glandula, e a descripção da alopecia syphilitica, feita, ha muitos annos, pelo profundo observador que era Alfredo Fournier.

Depois de descreverem as fórmas adquiridas ou congenitas da alopecia thyroidéa e que tão bem condizem com a syphilitica, Levy-Rotschild descrevem assim a queda dos pellos superciliares: "Por causa das nossas pesquizas, Apert e Goett propuzeram chamar de signal de Levy-Rotschild as perturbações que tinhamos resumido sob o nome de signal de supercilios.

Os differentes pontos, que estabelecemos, foram confirmados, além disto, ulteriormente por Minoret, Carles, Collard-Huard, etc., e Michel consagrou sua thése ao supercilio nas suas relações com o corpo thyroide.

A perturbação superciliar que se encontra na hypothyroidia se traduz communmente pela ausencia ou rarefacção dos supercilios, em sua parte externa, coincidindo com um fraco desenvolvimento geral de supercilio.

Quando a hypotrichose superciliar é máxima, ha ausencia geral de supercilio.

Em gráo, menos adiantado, falta o terço externo do supercilio, com supercilios desenvolvidos d'outra parte".

Falla o Mestre: "a alopecia superciliar, muito commum, se apresenta sob duas fórmas: diffusa, constituida pela rarefacção do supercilio em toda ou em parte da sua extensão, ou em clareiras, em que o supercilio se desguarnece por ilhotes, que, completamente desnudados, rompem a continuidade da arcada superciliar.

Algumas vezes uma só parte do supercilio, seu terço ou metade externa, fica completamente despilado".

E mais abaixo, a proposito desses supercilios, quebrados, diz o seguinte (textual):

"... Sob o ponto de vista diagnostico, constitúe um signal importante e quasi revelador da syphilis, ás vezes revelado por si só e fóra de qualquer outro symptoma.

Eu muitas vezes contei aos meus alumnos que me tinha acontecido mais de uma vez fazer, graças só a elle, o diagnostico de syphilis sobre individuos que eu não conhecia, por exemplo, sobre um vis-a-vis de omnibus ou carro publico.

Tambem este signal se vulgarizou desde então sob o nome de signal de omnibus para o uso do diagnostico da syphilis, denominação um pouco fim de século, do que eu sou culpado, porém, não me importa.

O essencial é conhecer e utilisar este signal com qualquer nome que se lhe dê.

Ora, eu repíto, é um bom signal..."

Si a insufficiencia thyroidéa, por qualquer causa que seja, dá logar a um signal, fiélmente reproduzido pela syphilis em um grande numero de casos, não é motivo para crermos que esta molestia procéde assim por intermedio das alterações que provóca naquella glandula?

A SUPRARENAL. — Esta glandula é tambem precocemente invadida.

Assim o typo asthenico do estado geral, na classificação de Fournier, e que é, sem contestação, mais commum, se faz á custa das alterações desse orgão.

Sería ocioso mostrar as relações de causa e effeito entre os accidentes arsenicaes e a insufficiencia suprarenal.

Porém, mais do que pudera dizer, aquella invasão põe em relevo esta observação de Jacquet e Sezary: Trata-se de um homem de 66 annos, tuberculoso, e na qual se verifica a 22 de setembro de 1905 uma erupção de syphilis papulosas generalisadas ao mesmo tempo que signaes manifestos de insufficiencia suprarenal.

Tratamento mercurial por injecções, depois ingestão, e alta muito melhorado em fins de novembro.

A 14 de janeiro de 1906 entra no hospital por novas papulas escrotaes: a 15 de janeiro hemiplegia direita sem ictus e morte algumas horas depois.

Tuberculose de apice direito, em via de transformação esclerosa e calcárea.

As capsulas supra-renaes são volumosas e duras e os unicos orgãos em que se poude verificar o treponema.

Toda a pesquiza do bacillo de Koch foi negativa. (1)

AS OUTRAS GLANDULAS. — Não posso, nesta communicação preliminar e geral, referir, uma a uma, as glandulas endocri-

---

(1) Queyrat fez notar na secção da Sociedade de Dermatologia de Paris (22 de janeiro de 1920), que "a insufficiencia suprarenal é de regra em todo o syphilitico não tratado, seja no periodo primario, seja no secundario. Lacapère attribúe a malignidade da syphilis á insufficiencia suprarenal, que julga ser em Marrocos de origem paludica.

nicas, cujas perturbações attestam a sua invasão, quando se generalisa a syphilis.

De passagem, porém, sejam assignalados o diabetes, mais commum do que geralmente se pensa, insipido ou com glycosuria, talvez o pseudo rheumatismo especifico, a magreza e a obesidade.

Não faz muito, eu vi um caso destes n'uma mulher que por ter tido uma manifestação syphilitica, foi sujeita ao tratamento mercurial.

Este ataque da molestia foi seguido de uma obesidade, tão pronunciada e intensa, que a obrigou ao abandono da sua profissão de artista.

O peor, porém, é que ella attribuía este mal ao medicamento, a que não se quiz sujeitar mais de fórma alguma.

As glandulas genitaes revelam frequentemente o progresso da syphilis até ellas.

São phenomenos locaes, como as metrorraghias, as dysmenorrhéas, etc., nas mulheres, são phenomenos geraes, como a neurasthenia, o nervosismo, as pertubações mentaes de toda a especie.

A este proposito citemos, de passagem, estas phrases de Virchow e Haeckel: "A mulher é tal, unicamente por suas glandulas geradoras. Todas as particularidades do seu corpo e espirito, sua vida nutritiva, sua actividade nervosa, a delicadeza, a forma arrendodada dos membros, a fidelidade, em summa todos os caracteres essencialmente femininos que admiramos e veneramos na verdadeira mulher, tudo depende do ovario". (Virchow).

"Não e o homem completamente homem de corpo e alma senão por suas glandulas geradoras". (Haeckel).

E é ou não a syphilis que, desprezadas mesmo as manifestações sem substractum anatomico, revolve, deprime, fére ás vezes de morte, todas as funcções cerebraes humanas?

Microbiologia. — Poderia o facto clínico da predilecção da syphilis pelas glandulas endocrinicas ser sómente a expressão de uma face interessante na marcha daquella molestia.

Porém, a microbiologia nos revéla dois factos que careeem ser postos em relevo; em primeiro logar as reacções desses orgãos nunca estão em relação com a sua riqueza em treponemas; em segundo estes parasitos affectam disposições que attestam a sua preferencia pelas céllulas do parenchyma glandular, bem como a continuidade da sua orientação normal

para a luz dos vasos, como em caminho de serem lançados na corrente circulatória para propagarem a syphilis.

Na placenta. — A placenta, como se sabe, é uma glandula que Gley colloca, na sua classificação, como reguladora e excitante de funcções.

Sobre a sua riqueza em treponemas, diz Levy-Bing que estes parasitos foram encontrados, quer na placenta materna, quer na placenta fetal.

Wallich e Levaditi, por sua vez, affirmam, nestas palavras o resultado de suas pesquizas histopathologicas:

"Em summa não se acharam até aqui na placenta lesões manifestamente syphiliticas, se bem que a postura em evidencia dos treponemas, neste orgão, adquire por este facto uma utilidade diagnostica tanto maior".

Estes parasitos foram vistos em todas as porções, desde o eixo da villosidade até a peripheria.

Mucha e Scherber assignalam a sua disposição normal para a luz dos vasos, e Nattan e Larrier, estudando a localisação do treponema na caduca, chegam á conclusão que só ha dois processos de emigração daquelle micro-organismo para os tecidos maternos: a) alteração do plasmodio da villosidade e passagem por intermedio dos infartus perivillositarios, com ou sem intervenção dos leucocytos processo pathologico; b) transmissão pelas céllulas de Langhans proliferadas na caduca, processo physiologico tanto mais importante quanto a céllula de Langhans póde penetrar até o systhema vascular materno.

Nas outras glandulas. — Para evitar repetições, direi que os treponemas foram vistos no fígado, nas capsulas suprarenaes, na thyroide, no thymus, no pancreas, no baço, nas glandulas da mucosa intestinal, no ovulo, etc.

Sobre o fígado, cuja riqueza em treponemas é clássica em heredo-syphilis, é necessario archivar que nas observações ora a reacção era apenas indicada, sem que a céllula hepatica manifestasse a menor alteração, ou ao contrario, era intensa, invasora, deslocando as trabeculas, comprimindo, dissociando, atrophiando as céllulas do parenchyma.

Entz fez um estudo muito preciso da distribução dos treponemas no pancreas, pelo cual se conclúe que aquelles parasitos penétram no protoplasma das céllulas secretoras, parallélamente a cujo eixo se dirigem para as céllulas dos ilhotes de Langerhans e para as dos tubos excretores; póde-se achal-os na luz mesmo desses ultimos, misturados ao líquido secretado pela glándula.

Aqui, como em outras glándulas, os treponemas foram vistos, acompanhados de lesões do pancreatite intersticial, mais ou menos intensa ou, ao contrario, como no caso de Gierke, onde havia grande abundancia d'aquelles parasitos, sem a menor alteração histologica do orgão.

Localisação endocellular. — Ha um facto notavel a assignalar sobre as relações dos treponemas com as glandulas endocrinicas a sua existencia, muito commum dentro das céllulas secretoras.

A este respeito escreve Levy-Bing: "a realidade desta ultima localisação não podería mais ser posta em dúvida e, si se discute ainda para saber como se effectúa a penetração do microorganismo na céllula e de que maneira estes dois elementos reagem, um sobre o outro, o facto brutal da existencia intracellular do treponema é hoje bem adquirido". (Levaditi, ᶜntz, Gierke, Nicolas, Fabre e Feuillé).

É preciso, porém, accentuar que esta localisação foi vista unica e exclusivamente nas céllulas glandulares; no fígado, nas capsulas suprarenaes, no pancreas, na mucósa intestinal, etc.

¿Não é bem eloquente este phenomeno para que acreditemos que os treponemas como os hematozoarios de Laveran no sangue, são parasitos das céllulas glandulares?

Não é justo que se interpréte, ao lado da manifesta preferencia d'aquelle microrganismo por estes orgãos que, na sua lucta pela vida, os treponemas os elegêram para os ninhos, em que se acôitam e em que se multiplicam.

Si, apezar das manifestações diversas a que dão logar, o paludismo, a pyroplasmóse, etc., são sempre consideradas infecções hematicas, pelo modo de vida do seu agente causal, ¿porque a syphilis pelas mesmas razões não deve ser considerada, antes de tudo, uma molestia glandular?

As dystrophias. — Seria affastar-nos da natureza desse trabalho querer provar que todo o desenvolvimento orgánico está intimamente ligado e regido pelas diversas secreções das glandulas endocrinicas.

Nenhuma molestia, como a syphilis, conhecemos culpada das dytrophias humanas.

Qual é o acérvo da hereditariedade especifica?

Monstros, acromegalicos, myxcedematosos, debeis mentaes, anões, debis vitaes, emfim, toda a classe de dystrophiados, nervosos ou outros, em varios gráos de intensidade, que envergonham e matam a espécie humana.

E, si a syphilis assim procéde, qual ou quaes os orgãos fez claudicar nas suas funcções ou ferío de morte?

As glandulas endocrinicas.

Não ha, muitas e muitas vezes, nestes casos de syphilis hereditaria outra manifestação que a revelada pela dystrophia.

Nestas condições, só as glandulas participam da lues: porque pois não consideral-a uma endocrinopathia, tanto mais que mesmo, quando surgem outras manifestações especificas, a diystrophia existe sempre em concomitancia?

A SYPHILIS TERCIÁRIA. — A syphilis terciária apresenta duas circumstancias que é necessario pôr em relêvo: As gommas cutaneas, osseas, etc., são em geral desprovídas de treponemas, emquanto as que attingem o fígado ou outra glandula endocrinica são ricas de parasitos.

Assim é que parece que aquellas manifestações são de ordem trophica exclusivamente, emquanto os parasitos destas são apenas expressão de que em todos os periodos da syphilis as glandulas conservam o seu privilegio de ninho dos treponemas.

Nesta questão de glandulas de secreção interna ha muita coisa, demandando pesquizas e precisão.

De sorte que são permittidas todas as hypotheses.

Ha, por exemplo, já um facto bem adquirido em endocrinologia: es relações intimas que conservam as glandulas com o systhema nervoso central e sympathico.

Nestas condições póde-se crer que, mercê das suas alterações, aquelles orgãos possam dar logar a manifestações de ordem trophica, como sejam as gommas. (1)

AS GLANDULAS E A VIDA. — Sendo as glandulas, por suas secreções internas, os grandes reguladores do meio interior, e, portanto, a fonte de toda a vida, poder-se-ia extranhar que não fossem notadas as suas alterações em todos os casos de syphilis, dada a preferencia exclusiva que merecem dos treponemas.

Este facto é devido para mim a duas circumstancias: tolerancia dos orgãos para com os parasitos, supplemento das secreções pelo systhema para-glandular.

---

(1) Bordet no seu tratado de Immunidade, a respeito da syphilis terciária, diz o seguinte: "As lesões terciárias são muitas vezes póbres em spirochetas, mas a inoculação destes productos no animal demonstra que estes germens são dotados de actividade normal. Não ha logar de cre um enfraquecimento de virulencia no curso da doença, mas que é o organismo que muda."

Com effeito, como vimos, ha muitas vezes nas glandulas lesões insignificantes ou reacções, mesmo nullas, diante do parasito.

Quanto ao systhema para-glandular, eis a synthese feita pelos professôres Oscar de Souza e Aloysio de Castro:

1.º As glandulas endocrinicas são acompanhadas, na economia humana, de formações derivadas da mesma origem embryologica, que attingem geralmente um certo gráo de differenciação;

2.º Estas formações descriptas pelos autores como glandulas accessórias, supranumerarias, ou nodulos glandulares aberrantes, intégram o que podemos chamar orgãos para-glandulares;

3.º Os orgãos para-glandulares constitúen formações regulares, não sendo méramente curiosidades anatómicas, anomalias ou orgãos rudimentares;

4.º O conjuncto dos orgãos para-glandulares fórma um systhema annexo ao systhema endocrinico;

5.º O systhema dos orgãos para-glandulares constitúe uma formação orgánica em plema evolução;

6.º A concepção dos orgãos para-glandulares permitte interpretar numerosos factos contradictórios e observações clínicas;

7.º A concepção dos orgãos para-glandulares dá explicação de certos phenomenos de acção suppletiva, observados na anatomia humana.

É por este meio que se explíca o contraste entre a syphilis hereditária e a adquirida.

D'um lado, em um organismo em formação, sem haver logar para os supplementos orgánicos, a morte ou a dystrophia são consequencia fatal da syphilis.

D'outro, pelo supplemento, pela possibilidade de defeza, a lucta se faz muitas vezes victoriosa para o organismo, si se intervem com uma therapeutica contínua, energica e apropriada.

Na propria heredo-syphilis, quando não ferida de morte, a glandula, pela destruição dos parasitos, mercê da acção medicamentosa, ou por sua reducção a saprophyta, retoma o seu trabalho e pouco a pouco ha aquella transformação que somos costumados a assistir em tantos casos de clínica.

Immunidade. — Uma das consequencias mais notaveis da nova theoría pathogenica da syphilis será a reforma das nossas concepções actuaes sobre a immunidade absoluta, após um ataque anterior da molestia.

Com effeito: até agora se acredíta que o syphilitico só readquire a molestia, si curado completamente do seu mal.

Assim mesmo, apezar de se terem multiplicado os casos de reinfecção, como sóem ainda chamar-se, sempre costumamos receber com incredulidade, ou pelo menos consideral-os suspeitos de erros.

Como muitos medicos, eu tenho em minha clínica casos que, sem duvido, catalogaria coco cancro hunteriano, si não fôra a certeza de que o doente já era um syphilitico antes do contagio.

Pois a prova mais frisante de que a syphilis não é uma infecção de sangue, como geralmente se crê ainda, é que aquelles casos são effectivamente de cancro hunteriano.

Pelo aspecto clinico, pela evolução, etc., não se lhes podia negar essa qualidade, só se fazendo, agarrados como ostras ao rochêdo de uma theoria pathogênica, errada e absurda.

Em meiados de fevereiro do corrente anno appareceu-me um doente com uma lesão da glande que considerei específica.

Feito o exame bacteriologico no Instituto "Oswaldo Cruz", deu resultado positivo.

Desde ahi este doente foi sujeito ao tratamento específico, tendo feito semanalmente uma injecção de neosalvarsan de 0.15, outra de 0.30 e outra de 0.45, afóra injecções mercuriaes no intervallo.

As manifestações secundarias, salvo a polyadenite, não surgiram, o que aliás é commum nas syphilis tratadas.

O cancro desappareceu uns 15 dias depois, logo em seguida a segunda injecção de neosalvarsan.

Ha uns tres dias (19 de abril), elle me mostrou uma ulceração surgida em outra porção de glande, com todos os caracteres de syphiloma inicial vinte dias, mais ou menos, após o ultimo coito.

Levei-o então ao Laboratorio do Dr. Pereira Filho, que se prestou a fazer o exame bacteriologico, cujo resultado foi tambem positivo.

Quantos casos de infecção de syphiliticos em actividade podería citar?

Basta, porém, este como o mais recente.

Dirão os idolatras da theoria hematica que é uma reinfecção de um curado da moléstia com aquelle tratamento insignificante.

Não expliquem a polyadenite: a casca dos clássicos esconderá todo o sophisma.

A NOVA THEORÍA. — Penso já serem sufficientes os argu-

mentos em que se estriba a minha nova theoría pathogenica da syphilis.

Verdadeira, ella terá de evolucionar todas as nossas idéas actuaes sobre a syphiligraphia, maximé em relação á prophylaxia que se deve estender aos infectados, tão energicamente como aquelles que estão livres da molestia.

Só isto era bastante, si não fóra abrir um capitulo da endocrinología, que tanto ainda promette a sciencia humana. Transmittindo a minha convicção ao mundo médico, arriscome a affirmar que a syphilis é essencialmente uma moléstia das glandulas de secreção interna, uma endocrinopathia chrônica.

Lida esta comunicação á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, entendí precisar e completar esta memória com estudos novos da immunidade antisyphilitica e da clínica syphiligraphica, que reforçam a actual pathogenia do mal de Hunter.

Idéa feita. — Como vimos do estudo da microbiologia da syphilis, ainda não se procurou calcar a sua pathogenia sobre o módo por que se comporta e distribúe o treponema no organismo.

Estudo sério neste sentido só conheço uma memória de Hallopeau, publicada ha muitos annos, antes mesmo da descoberta de Schaudinn e Hoffmann.

Por isso a sua theoría pathogénica encarava sómente a toxina e parallelamente a reacção dos tecidos nos diversos periodos da moléstia.

Fóra d'ahi, até hoje se conservam em syphiligraphia as idéas de Hunter, esposadas com pequenas alterações por Ricord e Fournier.

Assim, si não vae a sciencia até acreditar em diathese ou tambem na conjuncção de Marte com Venus, no contágio por animaes mormosos, ou ingestão de carne humana, como durante séculos piamente acreditou, ainda considéra a syphilis uma scepticemia, uma infecção, tal qual concebía, quando desconhecendo seu agente, apenas concluía pelo parallelo com outras moléstias microbianas. E, embora o exaggero que se empresta ainda á immunidade anti-especifica, não venha em nada abalar a theoria do endocrinismo daquella molestia, que me aventurei a affirmar, von de raspão salientar os absurdos, com que ella inça toda a syphiligraphia.

Effectivamente, nem por ser de inicio, de fundo e de es-

sencia uma infecção do tubo digestivo, a dothienenteria é menos uma infecção geral.

As cachumbas são uma parotidite e uma scepticemia; a pneumonia, a tuberculose uma infecção pulmonar e uma infecção geral.

Nestas condições, a syphilis poderia ser uma endocrinopathia, e, tambem generalisada a todos os orgãos ou tecidos, arrastrar em consequencia uma immunidade igual á da vaccina, ou outra qualquer scepticemia, como ainda entendem aquelles que preferem o commodismo do dogma, da idéa feita, á indagação, á observação e ás illações.

Tambem é justo, tanto mais quanto o criador dessa immunidade é o genio de Fournier.

A DUVIDA. — Porém, emquanto o grande mestre duvida, elles a entendem pelo mais facil carinho, e a tornam o dogma de crê ou morre.

Por outro lado, quando Fournier escreveu aquelle monumento que é uma das maiores glórias da Medicina, o seu tratado da syphilis, ainda não se conhecia o agente pathogénico deste moléstia e tambem se entendia, naquelles exaggeros da bacteriologia nascente, que sendo infecção, ella era seguida de immunidade.

A pagina 69 do seu livro, escreve o grande mestre francez:

"1.º Está absolutamente demostrado que o cancro syphilitico bem constituido, cancro adulto, não é suceptivel de ser inoculado ao portador (como se diz em linguagem technica) isso é, de reproduzir um cancro syphilitico por auto-inoculação;

2.º Resulta de um certo grupo de factos que o cancro syphilitico, quando novo, ponde algumas vezes produzir, por auto-inoculação, lesões analogas ao que é o cancro syphilitico, lesões ás quaes parece difficil contestar-se o caracter de cancros de reinoculação".

O treponema foi descoberto e é hoje acceito geralmente como o agente da syphilis.

Sua historia natural o collóca sem contestação entre os protozoarios, isto é, parasitos animaes, totalmente diversos, portanto, das bacterias.

Emtanto, acceita-se em absoluto a idéa, antigamente feita, de que a syphilis concede desde o primeiro periodo uma immunidade absoluta, e por outro lado que ella é infecção ainda, em vez de uma simple infestação parasitaria.

SABE-SE HOJE. — Pelos exames bacteriologicos ou melhor microbiologico, sabe-se hoje que o treponema á medida que o can-

cro envelhece, é encontrado mais profundamente incluido nos tecidos, e alguns autores querem mesmo que só raramente se consiga ver aquelle microorganismo.

Nestas condições, ao tempo de Fournier, as auto-inoculações do syphiloma velho, feitas sem o conhecimento daquelle facto, poderiam sem grande admiração ficar infructiferas.

Por outro lado, o grande mestre não nega em absoluto a possibilidade do facto, quanto ao cancro novo, embora nunca tenha conseguido uma inoculação positiva.

É que em aquella época apenas passava a phase ardente entre dualistas e unicistas e tudo quanto fóra para estabelecer uma separação dos cancros molles e duros era positivado ao extremo.

Os periodos de paixão scientifica ou outra são os menos proprios para a experimentação, e a prova absoluta está em que actualmente aquelle conceito de immunidade absoluta vae sendo abalado em todos os seus fundamentos.

Nem por isso se empana a gloria de Fournier, que, se foi grande como mestre, tinha de sel-o como apostolo, pois, passem os séculos e a sua obra ficará immortal, como a systhematisação clinica da syphiligraphia e um dos maiores monumentos da Medicina.

Actualmente. — Já em minha primeira communicação á Sociedade de Medicina, eu citei a observação de um doente, reinfectado dois mezes após o primeiro cancro.

Agora, uma busca muito ligeira em jornaes technicos, encontro esta vasta seára, que não será máu resumir:

Bonnet e Gourjon citam, no "Lyão Medico", o caso de um doente que teve dez cancros successivos de accordo com as datas em que tivera relações com a mesma mulher infestada.

Fromant. — No mesmo jornal, o de um cancro syphilitico no nariz em um hemiplegico alterno do typo Gubler.

Schomberg. — Individuo syphilitico, tratado regularmente um anno de syphilides papulosas, desegualdade pupillar, symptomas meningêos. Ficou outro anno sem mais medicação.

Em seguida novo cancro, nova erupção varioliforme.

Borie cita um caso de cancro no sulco balano prepucial e outro em seguida da pálpebra.

Plezy, na "Gazeta Hebdomadaria", de Bordeaux, refere o caso de um individuo que tivera o cancro e uma erupção secundária que desappareceram com o tratamento.

Depois esse doente teve W. negativo.

Nova apparição do cancro, novo exanthema nos mesmos sitios algum tempo depois.

Queyrat, no "Boletim da Sociedade Medica dos Hospitaes", apresenta uma estatistica de cancros multiplos, chegando a conclusão de que apparecem em 26, 2 o|o de casos de syphilis.

Leon Perin, no 5.º Congresso de Dermatologia, cita um heredo-syphilitico, que suas dystrophias daquella fonte não privaram de um ataque da syphilis.

Molle (de Orán), no "Lyão Medico", cita um caso de syphilis secundária e diabetes especifico, que tambem se reinfestou.

Fernet, na sessão de 2 de julho da sociedade de Dermatologia e Syphiligraphia, cita o caso de um em Janeiro, tratado por extirpação, duas injecções de oleo cinzento e tres de salvarsan.

Nova infecção em maio, diagnosticada ao ultra e seguida de roseola.

Gaucher e Hallopeau, na sessão de 2 de dezembro de 1909, apresentam um caso de uma mulher que tivera o cancro syphilitico ha cerca de 40 annos.

Durante esse tempo varias manifestações secundárias.

Tratamento pelo oleo cinzento.

Tendo relações com um syphilitico, novas manifestações.

Lacapere. — Caso de um syphilitico de 20 annos, com leucoplasia lingual.

Cancro: novas manifestações secundárias.

Hallopeau. — Cancro e erupção papullosa em um syphilitico que tivera as mesmas manifestações pouco tempo antes.

São todas observações colhidas rapidamente ao acaso das análvses de jornaes.

Bastam para evitar repetições.

Porém, poderiam parecer simples acasos, talvez infestações de individuos curados.

Syphilis experimental. — Tal não se dá no emtanto como nos prova a syphilis experimental, cujos dados vamos colher do interessante livro de Levy-Bing e Laffont.

Durante a incubação do cancro, "É de noção antiga a possibilidade de provocar a apparição de cancros successivos por inoculações, o que prova bem que a immunidade não apparece nesse periodo.

"É o que resalta das interessantes observações de Belhomme, Wallace, Lindwon e de Puche, referidas na these de Sabareanu.

Belhomme. — Doente inoculado de 5, 6, 11 e 13 de outubro, cancro nos pontos a 10 e 14 de novembro, 10 e 21 de janeiro.

Lindwon. — Prostituta inoculada na coxa em tres pontos differentes: dias depois nova inoculação no braço.

Ao cabo de 19 dias para as primeiras e 24 para a ultima, surgiu o cancro duro.

Puche. — Inoculação na linha alva; 22 dias depois segunda inoculação na proximidade. Cancros locaes respectivamente 17 e 19 dias após, seguidos de manifestações secundárias.

Wallace. — Duas inoculações com 7 dias de intervallo. Apparição de dois cancros em seu tempo.

Estas experiencias foram confirmadas por outras em animaes, parecendo que o cancro da segunda inoculação tem um periodo de incubação menor, quasi de metade do primeiro.

Periodo primario. — Levy-Bing e Laffont, en cuja fonte vamos beber estas observações, são absolutamente insuspeitos, pois emquanto as referem, affirmam ainda que as experiencias de Hunter, confirmadas por Fournier, estabeleceram de módo certo a immunidade consecutiva á apparição do cancro.

Restava saber-se em que momento esta immunidade attinge o seu apogêo, em que momento se insinúa e qual o mecanismo productor. Em seguida diz Levy-Bing: "Ninguem actualmente pensa em contestar a possibilidade de uma reinoculação n'um individuo portador de um accidente primitivo, com a condição todavia de que seja feita a uma data bastante approximada do primeiro syphiloma.

Não acontece sempre assim: o professor Gaucher apresentou em 1902 á Sociedade de Dermatologia um primeiro caso que levantou uma discussão muito viva, sob o ponto clinico pathogenico.

Desde então a these do seu alumno Sabareanu, apparecida em 1905, reuníu 75 observações, a que é preciso accrescentar os casos ulteriores de Taylor (4), Vedel e os mais recentes de Gaucher e Nathan, Gaucher e Milian, Pawloff, Hutchinson, etc."

A quantos absurdos dá logar a auto e hetero suggestão scientifica?

Depois que a experimentação próva que a immunidade não existe no periodo primário, logo após surgir o cancro e tambem passado muito tempo, ainda se affirma de começo que a immunidade deve existir porque *magister dixit* ha tantos annos atraz!

Não sabe o momento em que attinge o apogêo, mas ha de haver...

O proprio Gaucher, que disse uma vez nunca ter visto tam-

bem reinfecção, é quem inspira uma these com 75 observações, provando que a immunidade syphilitica é um mytho no periodo primário.

Observaçoes. — Caso de Gaucher e Nathan, mulher de 18 annos, apresentando, a partir de janeiro, un cancro syphilitico do labio inferior.

Um mez depois outro accidente primário, occupando a parte superior do sulco nympho-labial.

Casos de Hutchinson: 1.° mulher de 25 annos, cancro do labio inferior; tres semanas mais tarde, cancro do labio superior; 2.° homem, um mez depois de apresentar um cancro duro do penis, novo cancro na phalange do pollex direito; 3.° e 4.°, dois casos de reinfecção dois mezes depois do primeiro cancro.

Queyrat fez uma série de observações, chegando ás seguintes conclusões: "A duração do periodo, no qual o individuo syphilisado é já portador de um cancro, é receptivo para a inoculação, é de pelo menos 10 a 12 dias, a partir do primeiro syphiloma, isto é, a immunidade do revestimento cutaneo-mucoso contra a syphilis não se manifesta nitidamente desta data: porque depois toda a reinoculação ao portador fica sem effeito."

O modo de reagir do organismo para com a segunda inoculação differe sensivelmente do seu modo de reacção para com a primeira (incubação mais curta, aspecto clinico differente, sob a forma de papulas e ulceração menor).

Periodo secundário. — Diz Levy-Bing: "A immunidade permanente do syphilitico nunca foi admittida sem contestação".

O recente trabalho de Finger e Lundsteiner sobre a superinfecção syphilitica, veio trazer na questão da immunidade, durante o periodo secundário o terciário, uma série de interessantissimas verificações.

Para elles a immunidade do syphilitico é sujeita á revisão, assim como resulta das suas pesquizas e das Neisser; e parece extranho aos dois sabios viennenses que o syphilitico, cujo virus pessoal provoca reincidencias sobre reincidencias, pudesse ser immunisado de um modo tão absoluto contra o virus syphilitico exogeno.

E elles pretendem, em apoio desta opinião, que a reinfecção da syphilis secundária e terciária está demonstrada pelas observações concludentes de syphiliticos que, tres a quatro

annos após o seu cancro, foram contaminados de novo, apresentando accidentes innegavelmente especificos".

Presas da idéa feita, Neisser, Levy-Bing, etc., procuraram forçar a explicação desses factos, pondo-a de accordo com a sua theoria.

Immunidade ou evolução? — Porém, ha uma questão nesse assumpto que ainda não vi posta em fóco: O accordo entre aquillo que temos de certo, com aquillo que muita vez é incerto.

A primeira é a evolução da moléstia: a segunda, a immunidade.

Ninguem contesta que a syphilis tenha uma evolução constituida de: primeiro, incubação-cancro; segundo, incubação-manifestações secundárias; latencia-manifestações terciárias.

Pelo tratamento se póde retardar, alterar mesmo um pouco esta evolução.

Si, por inoculações accidentaes provocadas, conseguissemos sempre o mesmo, tinhamos que chegar a esse absurdo: fazer um syphilitico secundário ou terciário, por exemplo, retrogradar ao periodo primário!

Nestas condições, esta immunidade do syphilitico, quando existe, forçosamente é contra a lesão objectiva, que conhecemos por syphiloma primário, e nunca contra a infecção em si porque, como bem accentúam Finger e Lundsteiner, não se comprehende como um organismo sensivel ao treponema endogeno, fosse menos ou nada ao treponema exogeno.

Por outro lado, a syphilis tem, como é sabido, largos periodos de latencia, cuja pathogenia é obscura na theoría hematica, mas que devem ser eguaes aquelles, em que vivem como saprophytos, no nosso organismo, una multidão de germens pathogenicos.

Nestas condições, una inoculação em tal occasião póde ser seguida de insuccesso.

O parasito, a exemplo dos que dormem nos tecidos do infectado, não assúme caracter virulento e é eliminado pelos meios naturaes de defeza orgánica.

Ora, isso é tudo, menos uma reacção antixenica geral de immunidade, como somos habituados a ver em outras infecções de que partícipa o sangue.

Na vaccina, por exemplo, tentae inoculações após alguns dias da primeira, quando foi positiva.

Nada obtereis, ainda que tenhaes destruído com causticos physicos ou chimicos as primitivas pústulas.

Na syphilis, em todos os periodos, como vimos, conseguireis resultados francos, com as limitações sómente impostas pela evolução da moléstia.

Lá é a immunidade, como deve e precisa ser entendida; na syphilis é infestação, de posse do organismo, commandando as suas reacções e impondo-lhe a sua marcha!

A LEI DE COLLES-BAUMES. — Ha, emtanto, ainda a respeito da immunidade, esta lei de Colles, que parece confirmal-a na prática.

Com effeito: uma mulher grávida de um filho syphilitico póde não apresentar a mínimo symptoma desta moléstia, durante a gestação e amamental-o sem perígo, após o nascimento, mesmo que elle apresente lesões contagiosas.

Porém, sabe-se hoje que, como aliás tambem pensava Fournier, que se trata no caso de uma syphilis latente, prováda, pela reacção de W.

Si não apresenta habitualmente manifestações, deve-se attribuir-se, como entendía Hutchinson, a que a infestação parasitária se faz em pequenas dózes, incapazes de provocarem una reacção orgánica que chegue á lesão.

De toda a sorte, tratando-se de um caso de syphilis latente, entra na reciproca de Finger, isto é, de que, si o organismo é inepto a reagir par ao treponema endogeno, tambem está esterilisado para o treponema exogeno, que lhe é levado das manifestações do filho, de que é nutriz.

A IMMUNIDADE. — Assim é que a immunidade absoluta, de que ha ainda partidários em syphiligraphia, se reduz, muitas vezes, a uma simple resultante da evolução da molestia, como é aliás commum nas manifestações parasitárias.

Assim, no paludismo, tambem se vêm os ataques cessar, mercê do quinino ou da simples mudança de clima.

¿Está, por isso, sempre o organismo inteiramente livre do mal?

¡Não! E a próva a cessação do medicamento, uma doença qualquer, a volta dos logares infectados, a possibilidade de nova inoculação, desperta a actividade do parasito, que se multiplíca, invade a corrente sanguinea e produz os accessos, mais ou menos regulares, do mal.

Assim é a syphilis.

Reduzida á latencia pela medicação ou pelos esforços do organismo, qualquer claudicação de um ou outro desses processos dá logar a novas manifestações.

N'um e n'outro caso, porém, si o parasito que dorme no baço, na medúlla óssea para o paludismo, nas glandulas en-

docrinicas para a syphilis, é capaz de reaccender a moléstia porque não será tambem aquelle que é novamente inoculado?

Porque si tal se der, dirão que os doentes estavam curados e não que a affecção passava do periodo latente para o de actividade e bem assim, na syphilis, que fóra o traumatismo, e nunca inoculação que produzira papula, ou syphiloma terciário, reacções communs desse periodo da moléstia, tanto para o treponema endogeno como para o exogeno. (1)

Assim, cada vez mais se vem firmando o conceito da immunidade absoluta da syphilis, contra as observações mais formaes e as régras mais elementares de physio-pathología.

Com effeito... — Com effeito, a crêr-se nesta immunidade absoluta, a conclusão forçada é de que a syphilis é uma scepticemía, como a febre typhoide, a vaccina, a variola, todas as febres eruptivas, etc., em que um primeiro ataque, durante muito tempo, torna o organismo esterilisado para nova infecção.

O treponema agiria assim como uma bactéria provocando a formação de anti-córpos, antitoxinas, etc., o que é radicalmente contrario a tudo quanto é de commum observação na syphilis.

Por outro lado, haveria de acreditar-se na passibilidade de parasitos animaes serem agentes de infecção e de repellir-se como inutil e absurdo tudo quanto conhecemos sobre infestações parasitárias quaesquer.

Cresce de vulto este absurdo na syphilis que como veremos a seguir, nunca é uma scepticemia.

Quando é infecção hematica? — As experiencias de Hunter, confirmadas por Ricord e Fournier sobre a immunidade que se ségue a um primeiro ataque da syphilis, galvanisaram a theoria hematica dessa moléstia.

No emtanto, a syphilis é de principio uma moléstia puramente local e não desperta a minima reacção antixenica como sóe suceder com outras infecções que assaltam o organismo.

Confirman este facto as experiencias de Metchnikoff sobre o effeito da pomada de calomeanos, applicada horas depois do contacto infectante, as de Hallopeau sobre o da hectina,

---

(1) No seu tratado de Immunidade, que só agora vim a conhecer, Bordet, examinando este problema, chega á conclusão seguinte: "Póde-se admittir que em todos os periodos da doença (syphilis) o organismo guarda a aptidão de reagir especificamente á introducção do virus, porém a reacção muda de aspecto."

injectada nas proximidades do cancro, afóra as do abôrto da syphilis, mercê da ablação da lesão inicial e do ganglio satellite, de que ha incontestaveis e rigorosas verificações.

Durante o periodo de incubação de uma infecção que assalte o organismo todo, as reacções sanguineas são promptas, ora se manifestando por symptomas apparentes, como succede na febre typhoide e algumas febres eruptivas, ora silenciosas, mas capazes de produzirem immunidade, tal a riqueza de anti-córpos, antitoxinas que se começam a formar.

No emtanto, os partidarios mais enraisados da theoria hematica em a syphilis não negam que durante o periodo de incubação aquella moléstia não crêa a immunidade.

Apparece o cancro, primeira manifestação da lues.

O organismo continúa indifferente.

Não ha a mais insignificante alteração para o estado geral, emquanto toda e qualquer infecção de outra especie, por mais leve que seja, excita todas as faculdades antixenicas do sangue.

Pois então o treponema se multiplica, infesta, destróe tecidos, invade o ganglio e não provóca a minima reacção geral?

Moléstia capaz das mais terriveis consequencias, lança os seus parasitos na circulação e nem por isso o organismo, que nas simples cachumbas tinha o poder de limitar a sua extensão, faz a menor tentativa de resistencia...

Nova incubação, nova multiplicação dos treponemas, que pouco a pouco vão ganhando os ganglios e o sangue continúa indifferente.

A syphilis invadiu todo o organismo. Manifestações diversas surgem em todas as regiões, e como se comporta o sangue?

Faz de meio de transporte.

Como se exprimem as reacções geraes antixenicas?

Febre, calafrios, estados saburral gastrico, commandando diminuição da ração alimentar e parallelamente de auto-intoxicação, abatimento, impondo repouso, etc.

Que se observa na syphilis?

Nada, absolutamente nada.

Por excepção e rarissima, repercussão geral nulla, podendo-se contar pelos dedos os casos citados de febre syphilitica, ou mesmo de qualquer outra manifestação destas.

Emtanto, aprofundando-se as pesquizas ainda se chega á

conclusão de que são reacções, não da infecção geral, mas partidas do soffrimento d'algum orgão por ella invadido. (1)

Quando, pois, a syphilis se torna uma infecção sanguinea?

Dir-se-á que se trata de uma molestia chronica "ab initium" e portanto as reacções não existem.

Por Deus, a tuberculose e a lepra estão em igualdade de condições.

Emtanto, a cada poussée destas infecções, a reacção geral é inevitavel.

Gaucher creou a theoria de que a syphilis é uma infecção local, que invade aos poucos, provocando num momento reacções tambem locaes, nos territorios servidos pela circulação lymphatica invadida.

Sobre não resistir esta concepção á menor analyse, pois é desmentida pelos factos, porque a roseola, as papulas, etc., cobrem quasi todo o tegumento, não explica ainda porque aquelle infecção sanguinea não reage nunca como tal.

A syphilis não é uma moléstia bacteridiana, é uma infestação parasitaria, e, portanto, o antixenismo é differente.

Porém, o paludismo, a pyroplasmose, etc., não estão nas mesmas condições?

Retirae, pois, um pouco de sangue de um doente dessas moléstias.

Está coalhado de parasitos.

De duas uma: ou é certo que as manifestações geraes são presentes de forma violenta, ou então nunca aquelle soffrerá as consequencias do mal.

Retirae o mesmo sangue de syphilitico.

Encontraes raros treponemas, ou não encantraes nenhum.

Neste e n'aquelle caso, o doente está em plena posse da syphilis, ou mais tarde sujeito ás mais terriveis manifestações deste mal.

Dizem que a prova hematica da infecção está na immunidade do portador no periodo secundario.

Já vimos que em primeiro logar ha casos de syphilis, nes-

---

(1) Leopoldo Lévy fez uma communicação á Sociedade de Medicina de Paris, a 9 de maio do anno passado, mostrando que a perturbação das glandulas endocrinicas produzem febre de auto-intoxicação.

Por outro lado, Blind na mesma sessão refere haver observado diversos casos de hyperthermia simulando a typhoide e que eram de origem thyroidéa. Quantas vezes a febre syphilitica não assume tambem este caracter?

te periodo, em que o contacto infectante produziu o cancro, seja por inoculação experimental ou accidental.

Em segundo (que é o mais importante) a fallencia de outras tentativas nesse sentido não prova a immunidade, mas attesta que a syphilis tem a sua evolução propria dos periodos latentes e de explosão, sobre a qual só dispomos de acção, mercê do tratamento especifico.

Quanto a reacção de Wassermann, hoje simples processo biochimico, falha de 15 a 20 o|o nesse proprio periodo secundário, existe na urina na mesma proporção do sangue, e, o que é mais notavel, produz inhibição de hemolyse em muitas outras infestações, totalmente independentes da syphilis e á frente das quaes está a lepra.

No periodo terciário, ou quaternario, seja na para-syphilis, a impregnação treponemica é profunda, immensa.

Fóra das lesões locaes, o organismo continúa indifferente, a reacção de Wassermann é positica, as reinfecções cada vez mais frequentes.

Quando, pois, a syphilis é uma infecção hematica?

Distingo... — Pelo que precede, parece deprehemder-se que eu não creio de forma alguma na immunidade anti-syphilitica.

Não é bem assim.

Mostro apenas como a theoría, que quer fazer daquella moléstia uma scepticemía, tem conduzido a sciencia aos maiores exaggeros, aos absurdos mais evidentes.

E, dominando sobre todos está esta questão de immunidade, levada a os seus ultimos limites.

Na syphilis, ao contrario, como mostrei, é onde menos evidente se mostra a reacção sanguinea, a reacção geral, como se o meio interior de Claude Bernard fosse um indifferente e simples meio de transporte.

Disto se não conclúa que o organismo por suas céllulas e por suas secreções, não procure limitar, circumscrever o mal.

É o que se dá naquella syphilis concepcional latente do professor Fournier, onde a moléstia, partida da placenta, desperta provavelmente reacção capaz de annullar os seus effeitos.

O proprio professor Fournier, ao que me recorre, cita o caso de um sujeito que tomou para o seu mal 9 pilulas mercuriaes, o qual mais tarde nem por isso se manifestou mais.

Nós mesmos, constantemente, na clinica, topamos com velhos incontestados syphiliticos, que não tiveram e não têm

ataque algum da doença. muito embora ficassem sem tratamento.

Porém, para que tal succedesse, era preciso que a syphilis fosse uma scepticemia e, o que é mais, scepticemia, differente de todas, onde o tempo, poderoso destruidor das mais absolutas incontestadas immunidades, fosse jámais capaz de annullar a sua?

Absurdo. — É um absurdo e dos mais evidentes, contra o qual se revolta a observação clínica, a experimentação, a microbiologia da syphilis, toda a concepção de immunidade, que a physiopathologia creou e a medicina conserva, como uma das suas acquisições fecundas e definitivas.

Infecção, algumas dezenas de annos, simplesmente porque era contagiosa, moléstia parasitaria depois de descoberto o seu agente causal, conservar-lhe aquelle caracter, ainda hoje, e demais com uma immunidade sem exemplo no seu absolutismo, e só uma questão de hábito, ou a abolição completa e irremediavel de todo o espirito de critica, vencido, dominado, esmagado pelo dogma da idéa feita.

Cellula e microbio. — Observando-se as relações da cellula com o treponema, ha um facto que nos choca de prompto, forçando a crítica: o seu parasitropismo.

Com effeito: emquanto um coccus, como de Neisser, posto em presença do spermatozoide o ataca, mata, digere, o micro-organismo de Schaudinn geralmente conserva aquella céllula toda a vitalidade.

Transportado com o semen para o ovulo nelle penetra, sem que este deixe de se desenvolver, mercê da fecundação.

Chega, porém, um momento em que pelo desenvolvimento biologico já o féto se está formando.

De súbito, como em combustão rápida, os treponemas se multiplicam, tornam-se pathogenicos, o aborto sobrevem.

Que se passou?

Procurae na anatomia pathologica: Os orgãos rudimentares, que seriam as glandulas de secreção interna, formigan daquelles microbios.

E o treponema, que, no semen, como simples parasito, não despertara a minima reacção antixenica, que no ovulo vivêra, como urupê, abraçado a céllula e deixando-a desenvolver-se para que lhe fornecesse a seiva necessaria, mediante a formação das céllulas glandulares, depois, encontrando os elementos necessarios, de vida, se multiplicou e provocou a morte ou aborto...

E, emquanto se desenvolve o féto syphilitico, todas as gradações são possiveis, de accordo com a violencia da moléstia.

É a morte, logo ao segundo mez, em qualquer outro da gestação.

É ao nascer, em plena insufficiencia vital; é nos primeiros mezes ou annos da vida, e, sempre dominando toda a pathologia, a perturbação, mais ou menos profunda, das glandulas endocrinicas...

Si o treponema é um parasito hematico, como querem os que vêm na syphilis uma scepticemia, porque não desperta neste liluido, de chofre, a reacção para a vida e para a morte?

Féto que morra no útero por infecção scepticemica, como vimos tantas vezes na epidemia de grippe, infecta immediatamente o organismo materno, cujo estado, por leve que seja no momento, se aggrava em uma reacção geral de evolução, muitas vezes fatal.

Na syphilis, muito ao contrario, cahe e é expulso como um fructo maduro.

É como fulminado pela moléstia.

Anatomia pathologica. — Olhae-o, observae-o, criticae, concluí.

É um féto mumificado, macerado.

Si a sua gestação foi maior, todos os phenomenos teratologicos podem ser vistos.

Pois bem: ¿será ao sangue que devemos a morphogenese? ¿Será neste liquido que o organismo vae buscar a orientação para a sua fórma, para a sua constituição?

Podem negar tudo as glandulas endocrinicas: nunca que lhes seja reservado o centro, a alma de toda a formação animal.

E, si alguma duvida restasse, a anatomia pathologica, mostrando-lhe as alterações profundas, como formigam ellas em treponemas, daria resposta cabal.

Depois da gestação. — O féto nasce: as mesmas dystrophias e quantas vezes uma completa sideração de todas as funções orgánicas, tornando-o inepto para a vida.

Procurae a causa do phenomeno: sempre a mesma, segundo a vossa autopsia.

É ainda assim para outros, uma scepticemia especial, chronica, completa, absoluta...

Admittindo-o nesse caracter, que importa?

Por verdes um rio cheio, a transbordar, quando não choveu, não direis nunca que elle creou agua do leito...

Tendes certeza que das suas cabeceiras, dos seus affluentes desceu a inundação.

Ora, que são as glandulas de secreção interna, senão os orgãos donde vêm para o sangue os elementos que o armam para a sua defeza, que mantém o seu equilibrio e a sua composição chimica?

Porém, olhae o féto: as suas dystrophias vão desde a simples triade de Hutchinson até a monstrousidade.

Descrevamos uma destas; veremos após as outras.

Paul Belard leva á Sociedade Anatomo-Clinica de Bordeaux estas observações: X, tercipara, entra en trabalho a 17 de decembro do anno passado.

A suas dos primeiras gravidezes terminaram aos dois mezes e meio por abortos; nenhum outro signal de especificidade poude ser notado.

Grávida de sete mezes, rompimento prematuro na bolsa que, diz, tinha muito líquido.

O parto se realisa, sem incidente, ás 5 da manhã.

Expulsão de um féto anencephalo, pesando 790 grammas.

A placenta avermelhada, espessa, é de um peso desproporcional (230 grammas).

A criança não fez inspiração; o coração bateu dois minutos, mais ou menos.

Criança. — O pequeno monstruo que vos apresentamos tem toda a attitude e todo o facies caracteristico de Budha.

Falta a parte superior da abobada craneana, substituida por uma delgada pellicula.

Além disso, toda a columna vertebral até a região lombar é largamente aberta, e communica directamente com a região craneana.

Trata-se, pois, de uma falta de desenvolvimento de toda a parte superior das vértebras dorsaes, cervicaes e craneanas.

R. W. — materna — francamente positiva.

Novo caso de anencephalia, sem fissura espinhal, em criança que não respirou e pezava certamente mais de 4 kilos.

Eis, pois, de momento, dois casos de teratologia, infelizmente desacompanhados de autopsia.

Duas parturientes com syphilis incontestavel; dois monstros como resultantes.

Não apresentavam as crianças outra manifestação que attestasse a sua syphilis.

Poder-se-iam considerar como portadores de uma scepticemía, essa scepticemía chronica que, segundo os classicos, todos vêm no mal de Hunter?

¿Como uma infecção sanguínea chega a monstruosidade?

¿Qual a physiologia normal ou pathologica que admitte tal absurdo?

Emtanto, mesmo sem antopsia, ¿quem não affirmaria que estes anencephalos estavam privados da cortex suprarenal?

A syphilis poupára o sangue que continuava a circular e a permittir que os monstros vivessem; siderara as glandulas adrenalicas.

E é uma scepticemia; nunca uma infecção endocrinica...

Dystrophia. — Não cabe aqui a descripção de tudas as dystrophias que sóem apparecer na heredo syphilis.

Esta não apresentará, ás vezes, manifestação virulenta.

Emtanto, sempre a alteração morphogenetica existe.

E, para próva, ha a syphilis de segunda geração, raramente seguída de manifestações do mal.

Tanto é isto commum, que muitos querem negar a existencia desta prorogação de hereditariedade.

É, porém, simplesmente eloquente o quadro da communicação de Edmundo Fournier á Sociedade de Dermatologia e Syphiligraphia de Paris, na sessão de 7 de julho de 1904.

Diante da sciencia, seria insania negar as glandulas endocrinicas a culpa das dystrophias de toda a ordem, ou querelas attribuir a uma scepticemía.

Porém, olhae na ultima columna do quadro em que apparecem algumas manifestações communs, ao lado da ichtyose, do bico de lebre, adenopathias, mãos suadas e frias, hypertrophias de baço, alopecias, etc., e tantas outras que gritam a sua origem, profunda, essencialmente endocrinica.

E dizei-me os partidarios da origem hematica da syphilis, como a scepticemia, póde causar taes dystrophias?

¿Por sua localisação nas glandulas, mas onde fica o caracter geral, sem o que não se póde admittir?

E, si a moléstia toma o nome do orgão que de preferencia affecta, ¿não temos direito de chamar a syphilis uma endocrinopathia, agarrados eternamente ás concepções daquelles, que não conheciam estes orgãos, meditando, qual fetiche indiano, sobre a immobilidade infinita, plurisecular, do umbigo?

Prisão de ventre. — Deixemos, porém, as dystrophias que são um caso liquido, e continuemos a analysar o quadro clinico da herero-syphilis.

Eis, pois, o primeiro symptoma — a prisão de ventre — tão commum, que muitas vezes permitte o disgnostico d'aquelle estado mórbido.

O leite é em colostrum e já ella se installa.

A criança, mal nascida, grita com cólicas.

Todos os dias, lavagens seguidas, a custo, despertam uma reacção daquelle intestino paresiado.

Ora, é elementar em endocrinologia que este estado mórbido é ligado a perturbações da thyroide, da pituitaria e de outras glandulas.

Não precisaes, porém, da organotherapia, porque por sua vez a syphilis é a causa da perturbação glandular.

Um pouco de mercurio e tudo entra em ordem.

Eis, pois, uma syphilis que, afóra as dystrophias, só apresenta manifestação subjectiva, dependente do apparelho endocrinico.

Como explica a theoria hematica esta lessão puramente physiologica?

Pharyngite. — Quem não está habituado a ver na heredo-syphilis estas pharyngites rebeldes, hypertrophia de amygdalas que muitas vezes carecem cirurgia?

Nenhuma outra manifestação interna ou externa da syphilis.

Emtanto hoje não se discutem mais as relações desses orgãos como a hypophise.

Estuda não só as de ordem physiologica, como tambem a histologica, pois contém tecido hypophisario, nelles incluídos.

Diabetes. — Eis uma observação de diabetes da clinica do professor Annes Dias:

G. M., dez annos: Nenhuma moléstia grave em criança. Pae morto de syphilis pulmonar; mãe teve varios accidentes de syphilis. Aos 8 annos a menina começou a urinar muito; após polydipsia, bebendo urina, agua servida, agua de banhos, etc. Durante a noite bébe mais de tres litros d'agua. Na sua alimentação prefere os alimentos liquidos. Ha mezes teve cephalea frontal, dôres oculares, sem prejuizo da visão. Chora muito; ás vezes acorda-se chorando. Não urina na cama. No começo da moléstia tinha calofrios depois que bebia agua. No inverno sente muito frio, conservando os pés e mãos geladas. As urinas, diversas vezes examinadas, não tinham assucar. No começo urinava sete litros, diariamente, agora onze. Tinha a principio muito fastío, agora appetite, principalmente para doces. W. positivo. Prisão de ventre a principio, agora não. Teve manchas escuras no rosto, as quaes duraram muitos mezes; depois sobreveio descamação e hoje não as tem. Ha 8 mezes pesava 23 kilos, seis depois 32; agora 33 kilogrammos e 900 grammos. Altura, 1 m. 26. Cabeça pequena; circumferencia total 0,50; semi-circumferencia biauricular, 0,28;

fronto-occipital, 0,235; thorax, 0,89; abdomen, 0,62; abundancia de pellos na cabeça e supercilios. Dentes incisivos superiores, chatos e largos, alguns cariados. Pelle lisa, mãos cheias, unhas lisas, brilhantes, finas. A parte do thorax é lisa, sem relevo clavicular. Linha alba pigmentada. Systhema venoso superficial, accentuado no thorax; ventre abahulado no epigastro. Tensão mx. 11, mn. 8, dif. 3. Indice oscillometrico 1 1|4. Mastoidite. Uréa no sangue, 0,38, assucar 0 gr. 145, acido urico, 0 gr. 622, cholesterina, 0 gr. 253.

Fez o tratamento pela pituitaria e enesol, com o qual a urina baixou de 11 a 7 litros, e a mastoidite começou a ceder francamente.

Trata-se, pois, no caso de diabetes insipido e mastoidite, de origem innegavelmente especifica, e em que são nítidos os phenomenos endocrinicos, desde as perturbações nutritivas áquelle facies e corpo hypophisario.

Ver n'essa syphilis uma scepticemia é levar al ultimo limite esta concepção...

Molestia de Cruveilhier.— Não cabe aqui mostrar quanto syphilis entra como factor da ulcera de estomago.

Porém, forçoso é lembrar que a pathogenia daquelle mal muitas vezes, sinão todas, se explica pela insufficiencia suprarenal.

Entre outros Mann (de Rochester), expõe no tomo 23 do "Journal of Experimental Medicine" de 1.º de fevereiro de 1916, as experiencias que fez em cães e gatos.

O autor mostrou que as ulceras de estomago appareciam em 90 o|o dos animaes privados das duas capsulas, mais raramente nos privados de uma.

As ulceras eram arrendodadas, ovalares de 2 mm. a 2 cm., situadas sobretudo na região prepylorica, ás vezes, no duodeno e pódem apparecer 20 horas após ablação.

Outras manifestações. — E ha a asthma infantil, o enfraquecimento geral, obrigando as creanças a viverem sob ás vistas medicas e se manifestando em todos os orgãos da economia, com excellencia no apparelho digestivo atonico e sujeito a todas as infecções.

Já tive occasião de tratar de uma criança de 3 mezes, que, embora ammamentada ao seio, tinha vómitos, diarrhéa verde, tympanismo abdominal, ás vezes acompanhados de hypertermia.

Sendo uma heredo-syphilitica incontestavel, de grande, inmenso fígado, o tratamento mercurial rapidamente jugulou aquelle estado, sem diéta hydrica e sem acido lactico...

Quem quer que tenha pratica de pediatria, sabe que as dyspepsias de toda a ordem nas crianças são mais communs, de cerca de 80 o|o, nos heredo-syphiliticas.

Agora é a scepticemia que traz esta asthenia digestiva, ou é hypothiroidia, a baixa pressão do folle de Starling, a glandula que por excellencia é exitante, de todas as funções organicas?

Reacçao antixenica. — O terreno syphilitico é como estrumado para todas as infecções que sóem attingir o homem.

¿Quantas vezes a tuberculose não se vêm enxertar nos adenoideanos especificos?

¿Não são outras tantas os treponemas, vivendo e hypertrophiando os ganglios que abrem a porta á peste branca, seja na pelle, seja nos pulmões, mercê da adenopathia tracheobronchica?

Quem não sabe que no passado de todos os rheumatismantes agudos e chronicos, os grandes factores das cardiopathias está a hyperthiroidia, geralmente ligada á syphilis?

Glándulas suprarenaes. — Todos, mesmo aquelles que mal sabem elementos de endocrinologia, sabem que esta fraqueza diante da infecção, está na sua maior parte ligada á insufficiencia suprarenal.

Por isso, para que me não tomem por exaggerado, transcrevo a seguinte analyse da pagina 673 do "Annaes de Dermatologia e Syphiligraphia" de dezembro de 1915: "Syphilis e Glándulas suprarenaes", por A. Sézary, "Gazette des Hopitaux", 14 a 16 de julho de 1914.

As lesões das suprarenaes são muito frequentes nos rapazes heredo-syphiliticos e contribuem a determinar nelles as perturbações do estado geral que podem conduzir a cachexia.

Si o individuo sobrevive estas lesões podem deixar consequencias, como uma debilidade suprarenal, que se revelará mais tarde por occasião de uma infecção ou intoxicação.

A syphilis adquirida é menos nociva para as glándulas.

Ella provocou emtanto alguns casos de syndroma addisoniano.

Ella pode tambem determinar suprarenalite sclerosa, factor de debilidade suprarenal.

O clinico deverá, pois, esforçar-se por procurar a syphilis nos insufficientes suprarenaes, e a insufficiencia suprarenal nos syphiliticos.

Nos casos positivos elle deverá associar a opotherapia suprarenal ao tratamento mercurial, que não é nocivo para os

orgãos attingidos; o tratamento arsenical deve ser empregado com prudencia em taes casos.

Barthélemy. — Na sessão da Sociedade de Dermatologia e Syphiligraphia de Paris, a 7 de julho de 1904, Barthélemy, uma das maiores autoridades em o assumpto, tem sobre a heredo-syphilis as seguintes expressões:

"O que me impressiona mais nos accidentes da syphilis de segunda geracão é a frequencia das affecções visceraes, as asymetrias, as dystrophias, as faltas de equilibrio do systhema nervoso, as nevroses; esses individuos são *detraqués*, como se diz vulgarmente.

. . . .

A mãe tem abortos repetidos e sem causa apreciavel: acaba pondo ao mondo um filho vivo, resistente, posto que nascido aos sete mezes; esse terá uma infancia difficil, delicada, um desenvolvimento retardado, tics, e sobretudo epilepsia.

. . . .

Muitas destas crianças (heredo de segunda), são nevrosados e alguns, de todos incuraveis, constituem inutilidades, cargas mesmo para o corpo social".

Mais tarde, em 1911, escreve um artigo no "Bulletin Médical" e que infelizmente só conheço a pequeña analyse dos Annaes de Dermatologia (n. 2 do corrente anno):

"Para Barthélemy a maior parte das tystrophias heredo-syphiliticas tiram uma parte dos seus caracteres, estigmas esqueleticos e dentarios em particular, ao *ataque das glándulas de secreção interna pelo treponema.*

A concepção de heredo-syphilis toxinica, que era sómente um esboço á precisão de alguns factos inexplicaveis, acha esclarecimento na acção omnipotente dos productos glandulares sobre o equilibrio nutritivo do organismo.

A toxina, longe de ser treponemica, é habitualmente só uma secreção endocrinica, viciada, ou defficiente.

Todas essas observações são valiosas para a heredo-syphilis de segunda geração.

Porém, parece bem que o desvio funccional endocrinico seja no netto uma herença da lesão, opinião das mais acatadas, que tambem vê na syphilis uma afecção por excellencia das glándulas de secreção interna".

Endocrinopathias. — Intoxicações, infecções podem repercutir sobre as glandulas, tornando-as enfermas, em maior ou menor intensidade.

Porém, não negam aquelles que se dedicam ao estudo destas moléstias, que não querem isolar estes interessantes ap-

parelhos da economia, julgando-os inutilidades, como na lamentavel ignorancia dos que os não estudam, que duas grandes causas dominam a etiologia das endocrinopathias:

A syphilis e a hereditariedade.

Nestas condições, não ha um limite preciso para os maleficios daquella infestação parasitária.

Moléstia, de preferencia, sinão exclusiva das glándulas, ella pode, com o tempo, ver extinta a sua acção virulenta; porém, ficará attestando-a, ficará como sello, a invalidez, maior ou menor do homem, atravez daquella heredo-debilidade glandular, de que falla Barthélemy.

Syphilis adquirida. — Poder-se-ia crer que as perturbações endocrinicas da syphilis hereditaria fossem producto exclusivo da alteração geral da econonría, muito embora protestassem contra este ponto de vista innumeras autopsias, attestando a sua invasão directa.

Já em o primeiro capitulo desta memória mostramos que os ganglios lymphaticos são as primeiras estações em que se acoitam os treponemas.

Para Pende, a secreção desses apparelhos seja a lymphoganglina, pertence ao typo dos hormonas inhibidores das funcções, isto é, dos que poupam energias.

Por outro lado, o professor Marfori, em notavel trabalho experimental, publicado nos "Archivos Italianos de Biologia", a 10 de agosto de 1918, corta a questão do endocrinismo dos ganglios, que possuem uma secreção especial, que é tambem encontrada na lympha dos conductos efferentes e do canal thoraxico, e que e antagonica da adrenalina, quer como séde, quer como natureza.

Vejamos agora si clinicamente são observados symptomas dependentes da adenopathia especifica, isto é, da primeira etapa da invasão do organismo.

Ganglios e circulação. — São do trabalho do professor Marfori as seguintes conclusões, que resumo:

a) Os ganglios lymphaticos contêm um ou diversos principios activos, soluveis a frio e a quente em solução physiologica;

b) Sobre o coração a lympho-ganglina actua, deprimindo o tonos do sympathico;

c) Sobre os vasos sanguineos (grande circulação), actua, abaixando o tonos do sympathico e determinando vaso-dilatacão com hypotensão;

d) Sobre as coronarias a acção é vaso-constrictora para a lympho-ganglina; vaso-dilatadora para a adrenalina;

e) Paralysando as extremidades do sympathico a lympho-ganglina impéde a glycosuria de origem adrenaliniea.

Syndroma circulatorio especifico. — Por outro lado, Du Castel, em recente artigo dos Annaes de moléstias venéreas, chega á conclusão, pelos methodos actuaes de cardiologia, de que a tensão no syphilitico é inferior á normal, especialmente quanto á tensão maxima, observando-se quasi sempre nelles a tachycardia.

Tambem Martinet, no seu syndroma hyposphyxico, sempre acompanhado de insnficiencia pluri-glandular, crea um typo que denomina especifico por ser observado nos syphiliticos.

Cabe aquí ainda, salientar a frequencia da *angor pectoris* nos infestados de treponemas, seja por aortite, aneurisma ou coronarite.

Ninguem esqueceu os trabalhos memoraveis de Huchard sobre a pathogenia deste terrivel syndroma e, portanto, é de prevêr que a acção vaso-constrictora da lympho-ganglina sobre as coronarias possa nelle ter a sua culpa.

Todas essas cousas são simples hypotheses que demandam ser precisadas, que será mais facil desde que sejam procuradas.

Eu poderia, antes de formulal-as, repetir as palavras de Fournier:

"Sêde advertidos de que, ao tratar neste momento, nós deixamos as regiões das verdades adquiridas e demonstradas.

Sêde advertidos de que em tudo, que vae seguir, eu terei menos vezes que formular soluções do que a propôr problemas.

Não importa.

Ha muitas vezes vantagem em fazer um inventario dos nossos conhecimentos para se tomar conta do que não se sabe; ha muitas vezes vantagem em levantar questões as quaes é impossivel responder de momento, quando mais não sejam para traçar um plano de estudos e para indicar aos pesquizadores a direcção, o sulco, em que convirá que abram a trincheira".

Correlações glandulares. — Si em medicina é difficil encarar um orgão isolado, cresce essa difficuldade quanto as glándulas de secreção interna.

Realisando o equilibrio do sangue, estes apparelhas têm secreções antagonicas e synergicas, de forma que a insufficiencia de uma só altéra, arrastra, crêa a dysfuncção de todas.

Assim é que, nessa questão da syphilis, não se póde isolar uma ou outra, de forma a salientar o syndroma correspondente.

Basta, pois, que se próve pela anatomia e physiologia pathologicas, pela microbiologia e pela clinica que são possiveis as alterações de algumas para que todo o apparelho seja interessado no syndroma.

Foi o que já fizemos anteriormente.

Lembrança. — Permitta-se-nos, porém, lembrar que a syphilis se revéia por symptomas de ordem anatomica ou funccional.

Aquelles são os communs á infestação, porém estes são sempre attestados de que o ataque endocrinico, seja sob a forma de pequena ou grande dysfuncção, existe sempre.

Já mostramos a hypothyroidía, creando alopecia especifica, provocando a pseudo-rheumatismo, como seria facil mostrar a hyper no basedowismo especifico, cujas observações se vêm multiplicando na tachycardia paroxistica, ao lado da provavel insufficiencia thymica.

Já mostramos a insufficiencia suprarenal, indo desde o typo asthenico ao desnutritivo da classificação de Fournier, chegando até a cachexia; mostraremos sem difficuldade a creação de moléstias de Addison.

E as perturbações da hypophyse pelas quaes deve correr, pelo menos em parte, a frequencia das anginas; ao diabete, cada vez mais se tornando uma moléstia especifica e aos terriveis syndromas nervosos e mentaes, tão communs na moléstia.

Na syphilis terciária é profunda a alteração geral, chegando quiça a perturbações de ordem trophica.

Na para-syphilis ha estas interessantes melanodermias, a syphilis do pescoço, o vitiligo, etc., cujas relações com perturbações glandulares podem bem ser suspeitas...

Dirão... — Dirão aquelles, que não queiram na syphilis uma moléstia parazitaria das glandulas endocrinicas, que, por outro lado ha muitos casos em que não se póde salientar o ataque a estes orgãos da economia.

Porém, a anatomia pathologica da propria moléstia não nos mostra como as gláudulas são ás vezes, tolerantes para com o treponema que conservam no seu seio sem a menor reacção?

Outra não ha a lesão de outros orgãos que provocam a at-

tenção medica, o que de certa forma evita que elle procúre o que julga não existir?

Não ha tambem supplementos de funcções, que agora começam estudados e que aliás devem ser como os de outros orgãos da economia?

Não ha tambem que pequenas lesões das glandulas, com fraca, insignificante repercussão geral, possam passar despercebidas tanto mais que não são precisadas?

Conclusões. — 1.° A anatomia pathologica e a microbiologia ensinam que de todos os orgãos da economia a syphilis e seu parasito preferem as glandulas endocrinicas, pois que, emquanto o sangue é pobre ou desprovido de treponemas, estes formigam naquelles orgãos, mesmo nos periodos latentes da infecção.

2.° A syphilis, diathese dos antigos autores, infecção durante o periodo bacteriologico, ainda conserva erradamente este nome, pois ninguem discute a especificidade do treponema e a sua natureza de protozoario.

3.° Este erro tem concorrido para manter a noção da immunidade absoluta, bacteriana, a qual deve manter-se nos termos assignalados por Finger e Lundstener: reinfecção possivel no periodo de actividade, porque si o organismo é sujeito a acção do treponema endogeno, não se comprehende não o seja para o treponema exogeno; immunidade pelas mesmas razões no periodo de latencia, de que são exemplos a lei de Colles e Profeta.

4.° A syphilis hereditaria com as suas distrophias, monstruosidades e letalidade, a syphilis adquirida, com seus syndromas endocrinicos, etc., demonstram que, antes de tudo, aquella moléstia é uma infestação glandular.

Esta concepção de syphilis-endocrinopathia parasitaria, soluciona, entre outros, dois grandes problemas de Siphiligraphia, o da evolução, de que me occuparei em dia, e o de hereditariedade, cujo assumpto pela rama embora, dada a pressão do tempo, vou abordar, como uma homenagem a este Congresso que tão alto eleva a sciencia e fraternidade americanas.

Si em um momento nos detemos sobre este assumpto, duas observações resaltam ao espirito: a impossibilidade de negar

a sua hereditariedade, o silencio com que se encara o seu mecanismo.

É este que nós vamos audaciosamente romper, justamente porque a concepção de syphilis-endocrinopathia parasitaria, estabelecendo uma pathogenia, real e logica, daquella moléstia, permitte que possamos desvendar aquelle segredo.

Toda a theoria, embora alicerçada nos fundamentos mais práticos, póde morrer, porque é limitado o poder de visão e de analyse humanas.

Porém, maior será o seu fracasso, si não se poder adaptal-a a todos os casos em que se deve servir.

É o que succede actualmente em Syphiligraphia.

Vejamos entretanto si a, que venho expondo, justifica naquelle problema o meu enthusiasmo e a minha convicção.

HEREDITARIEDADE SYPHILITICA

Hereditariedade em geral. — Uma das questões mais debatidas e mais misteriosas da Pathologia Geral é a da hereditariedade.

Desde a concepção genial de Weissmann sobre a immortalidade das cellulas geradoras, ao lado do desapparecimento fatal de todas as outras céllulas, até a de Roger de que a hereditariedade é a transmissão, não de modificações anatomicas, mas de modificações physiologicas, aquelle problema ainda desafía toda a sagacidade e toda a philosophia medicas.

Porém, já ha, a este respeito, dados definitivamente adquiridos.

Assim, quanto ás molestias microbianas, com *excepção unica* da syphilis, crê-se que se adquire por hereditariedade sómente a predisposição e nunca a molestia.

E este facto mesmo se realisa com muito poucas infecções chronicas, como a lepra, a tuberculose, etc., que sóem, por assim dizer, abalar toda a defeza organica.

PREDISPOSIÇÁO

Geralmente a predisposição é definida com a faculdade maior do organismo em adquirir determinadas molestias.

Esta definição pecca mortalmente por encerrar em si o proprio phenomeno que se quer definir.

Nestas condições, sabendo nós que o organismo se defende de todas as molestias, mercê de determinados apparelhos, ou

orgãos, seria mais logico admittir que a predisposição fosse definida como a insufficiencia transitória ou definitiva, dos orgãos de reacção antixenica.

Effectivamente o filho de tuberculoso, por exemplo, não fica sujeito a adquirir sómente a tuberculose: qualquer outra infecção o póde assaltar e até ser o ponto de partida desta.

Nestas condições, aquella definição se torna geral e mais conforme com os factos de observação clinica.

Tanto assim é que o mesmo raciocinio poderia ser applicado a outras molestias chronicas não infecciosas, e cuja predisposição é hereditaria.

GLANDULAS É DEFEZA ORGANICA

Ninguem ignora que as glandulas de secreção interna têm primazia incontestavel na defeza organica contra as infecções e intoxicações.

Não é preciso pôr ém relêvo todas as verificações, feitas neste sentido, principalmente com as mais conhecidas das secreções: a da thyroide e suprarenal

Só mesmo a physiologia endocrinica conseguiu explicar uma série de factos da pathologia geral, como sejam a fragilidade maior ou menor do organismo ás infecções, conforme a edade, o sexo, o estado de prenhez, a emoção, etc., e diversas outras condições, tidas até aqui como causas predisponentes ou efficientes e que têm explicação facil no desenvolvimento progressivo ou na regressão, ou mesmo nas alterações daquelles orgãos.

Tal entre outros, o papel de emoção, menos conhecido e cuja reacção é uma reacção endocrinica conforme os memoraveis trabalhos de Marañón.

São delle estes periodos: ''Los fenómenos vegetativos de la emoción intensa son de abolengo netamente tiroideo: el sudor, el temblor, la diarrea, la abertura exagerada de los ojos, — en los sujetos que son presa de una emoción súbita y violenta, — son precisamente los síntomas de hipertiroidismo. El mismo exoftalmos, que es tan característico de esta enfermedad y que da muchas veces a los basedowianos la expresión de estar permanentemente aterrados, puede verse en casos extraordinarios de terror''.

Ao lado de thyroide estão as reacções de suprarenal nas *glycosurias emotivas,* nos symptomas de vagotonia, de sympathicotonia, etc., que tantas vezes seguem aos choques moraes.

PREDISPOSIÇAO E GLANDULAS

Nestas condições, é logico suppor que a predisposição hereditaria nada mais seja que uma debilidade glandular hereditaria.

Portanto estas infecções que cream predisposições, como geralmente se consideram a lepra, a tuberculose, etc., não o fazem pela qualidade especial dos agentes.

Infecções geraes, e das mais graves, ao seu ataque não escapam orgãos, como o systhema endocrinico, cujas modificações physiologicas, por elles observadas, se transmittem aos descendentes.

Isto mesmo é o que se verifica com as doenças, chamadas constitucionaes, do velho grupo do arthritismo que dependem do metabolismo que, como se sabe, está subordinado a este systhema.

Assim é, que, ou indirectamente, sob a forma de predisposição morbida, ou directamente, sob a forma de molestia constituida, a debilidade glandular ou a endocrinopathia se transmittem aos descendentes.

SYSTHEMA NERVOSO

Outras doenças em que pesa grandemente o facto *hereditariedade*, são as do systhema nervoso.

A este proposito convem citar as palabras de Marañon:

"Entre el sistema nervioso y el sistema endocrínico hay una estrecha relación resultante de su significación en la economía.

Uno y otro tienen por objeto establecer una conexión a distancia entre los diversos órganos para coordinar las acciones aisladas de cada uno a los fines comunes de la vida: el sistema nervioso completa esta misma misión mediante los nervios extendidos como una red entre los centros y los lugares más apartados del cuerpo (correlación nerviosa); el sistema endocrínico, gracias a los hormonas, que, como mensajeros químicos, como decía Starling, corren de unos órganos para otros, transmitiendo noticias de las distintas fases de su actividad (correlación química)...

La correlación química se ejercita principalmente en la regulación de las funciones puramente vegetativas, mientras que el sistema nervioso ejerce su influencia sobre la esfera animal y la psíquica, es decir, en aquellos actos mediante los

cuales el ser se relaciona con el medio externo. Pero, aunque siempre se conserva esta distinción fundamental, el sistema nervioso y el endocrínico se conexionan estrechamente entre sí''.

Estas relações do systhema nervoso, sympathico, autonomo, e central com o apparelho endocrinico são de tal modo intimas que por ninguem podem ser hoje postas em duvida.

Não só e embryologia mostra que cellulas glandulares provêm de uma mesma origem que a cellulas sympathicas, a physiologia que as secreções regulam toda a actividade nervosa, como a clinica que não fallecem nas endocrinopathias symptomas e lesões nervosas, nem nas molestias nervosas e mentaes symptomas e lesões endocrinicas.

Nestas condições, queiram fazer-se dos systhemas nervoso e indocrinico um só, de regulador supremo da vida vegetativa e de relação, ou ao contrario, se os mantenhan separados na coordenação funccional, uma verdade resalta, nitidamente adquirida: é que as molestias de ambos as modificações physiologicas, na phrase de Roger, se transmittem hereditariamente, seja porque incidam em ambos ou em um dos dois systhemas.

CONCLUSÃO

Assim é que, na questão da hereditariedade em pathologia geral, resalta nitida a verdade, definitivamente adquirida, de que são as modificações physiologicas dos systhemas nervoso e endocrinico que se transmittem de ascendentes a descendentes.

HEREDITARIEDADE SYPHILITICA

Nestas condições resalta logicamente que o treponema não póde constituir uma excepção unica entre todos os microbios pathogenicos.

A respeito da propria syphilis, quando estuda a hereditariedade nervosa, Roger tem esta phrase: ''nos dois ultimos casos (paralysia geral e tabes), o papel de syphilis que é inegavel, deve ser completado pela influencia de uma causa adjuvante, hereditaria ou adquirida, que explica a localisação''.

Eis, logica e clara, como resalta a verdade de que a syphilis é hereditaria porque é uma molestia das glandulas de secreção interna.

É a localisação, é a séde, é a sua qualidade de endocrino-

pathia que faz a fatalidade de sua transmissão hereditaria, não só á primeira geração, mas tambem ás que lhe succedem.

Si não bastasse esta lei geral, reguladora de hereditariedade morbida e que viemos summariamente expondo, havia a verificação clinica e anatomo-pathologica mesmo que gritariam a origem, puramente endocrinica do mal de Hunter.

A clinica. — Sob este ponto, citemos verificações de Mestre em Syphiligraphia, o professor Fournier.

A influencia hereditaria de syphilis se traduz por manifestações que elle divíde em cinco grupos:

1.° Accidentes de syphilis propriamente ditos;

2.° Cachexia fetal, chegando de uma forma ou outra ao que elle chama inaptidão á vida;

3.° Perturbações dystrophicas, geraes ou parciaes;

4.° Deformações congenitas;

5.° Predisposições morbidas.

O Genio. — O genio não se restringe á observaçõo mas faz a previsão que assombra. Por isso, seja-me licito citar como Fournier descreve a sua impressão da hereditariedade especifica, ao tempo em que as glandulas de secreção interna eram apenas conhecidas dos que estudavam Physiologia e ninguem suspeitava da sua pathologia.

"Crê-se muito que a syphilis, molestia especifica, se restringe a manifestações e a lesões de ordem especificas.

Erro profundo, erro de anatomo-pathologista de vista curta e ao qual a observação inflige um desmentido diario.

Não, certamente, a syphilis não faz sómente a syphilis como erradamente se diz.

Ella faz outra coisa. Ella não reage sómente sobre as suas victimas, tanto como doença especifica e por seu veneno, sua toxina propria; ella reage tambem sobre ellas tanto como doença geral e isto pela perturbação profunda que ella importa no organismo, pela *crase humoral, pelo temperamento que ella modifica, pela saude que ella altéra*, etc. (os griphos são meus).

Grupos. — Dos cinco grupos, em que o Mestre divide as manifestações da heredo-syphilis, ha um de accidentes especificos propriamente ditos, e quatro que hoje sabemos de sobejo correrem pelas alterações ou molestias do aparelho endocrinico.

Por outro lado, a existencia dos primeiros não exclúe a de um ou outro ou todos os demais, emquanto que se contam por milhares os casos em que a hereditariedade especifica se expressa exclusivamente dentro dos ultimos, isto é dos que co-

rrem pelas glandulas de secreção interna. Que falta, pois, para que não continúemos a considerar a syphilis uma endocrinopathia?

BARTHÉLEMY, HUTINEL, CASTEX

Eis tres grandes nomes da Medicina e aos quaes não escapou a alteração glandular no cortejo syphilitico hereditario. Outros provavelmente já fizeram esta verificação e dos quaes sinto ignorar os nomes e os trabalhos.

Barthélemy, na sua these, Castex, na sua notavel "*Syphilis hereditaria tardía*", um dos maiores livros que conheço la sciencia americana, Hutinel, em uma memoria que impressionou fundamente os meios medicos, e de quem para evitar repetição, e sómente, como uma homenagem, gravo nesta monographia as conclusões:

1.° A heredo-syphilis attinge precocemente as glandulas de secreção interna, como mostram os exames praticados na creança de peito, nos recem-nascidos e nos fétos.

2.° Este ataque em os individuos, que não succumbem, póde se traduzir pelos syndromas classicos e mesmo por todos os syndromas pluriglandulares menos distinctos.

3.° Em particular nota-se com frequencia o infantilismo e as dystrophias geraes ou parciaes no esqueleto do craneo, dos dentes, perturbações do crescimento e da nutrição, etc., que forman o fundo do quadro da heredo-syphilis dystrophica.

4.° A heredo-syphilis, dita toxinica, não é a maior parte do tempo de que uma heredo-syphilis endocrinica.

5.° Os estigmas dystrophicos, quando não são devidos á acção directa do treponema, são produzidos por perturbações funccionaes das glandulas endocrinicas no curso da vida intra-uterina.

A perturbação humoral, assim adquirida, pode se transmittir com suas consequencias dystrophicas.

São as modificações endocrinicas definitivas, que trazem uma parte da responsabilidade na hereditariedade especifica".

SYPHILIS HEREDITARIA OU SYPHILIS POST-CONCEPCIONAL?

Poder-se-á ainda objectar que ha uma corrente de autores que nega á syphilis a sua qualidade hereditaria, propriamente dita, isto é, de poder se transmittir directamente do pae ao filho.

Não cabe analysar aqui todos os argumentos pró e contra

esta transmisão. Basta que se ponha em relevo que, segundo os adversarios da hereditariedade, a syphilis se transmitte aos descendentes de um casal syphilitico, mediante a infecção materna letente ou explosiva.

Assim o que geralmente chamamos de syphilis hereditaria nada mais é que a syphilis post-concepcional.

Entre os argumentos mais poderosos a favor desta conclusão está o de Fordyce, que diz ser impossivel que o *treponema* que mede duas vezes o tamanho da cabeça do spermatozoide possa com esta penetrar no ovulo. Como, por outro lado, não se poderá negar as consequencias evidentes de Syphilis sobre as gerações, vejamos como diante de duas opiniões, que regem o assumpto, resalta nitida a concepção de que aquella molestia é uma endocrinopathia.

Já examinamos com ella se deve transmittir na qualidade de endocrinopathia parasitaria; vejamos agora como a syphilis post-concepcional a ser admittida, tambem appoia o meu ponto de vista.

SYPHILIS MATERNA LETENTE

Em primeiro logar resalta que é verdade adquirida o facto de que o sperma do syphilitico carrega o treponema.

Nestas condições, si se trata de um primeiro contacto infectante, seguido de gravidez e sabendo-se demais que a syphilis tem um periodo de incubação de tres semanas, é logico suppor que treponemas ficados na vagina, no utero, etc., ahi se multipliquem durante este prazo, e pouco e pouco comecem a invadir o ovulo, produzindo ou não um cancro duro nas proximidades e que passa clinicamente despercebido.

Isto vem appoiar o que eu antes dissera quanto á invasão dos ganglios na syphilis adquirida, isto é de que aquella se dá porque o parasito procura o habitat propicio, isto é as glandulas de secreção interna, o qual tanto póde ser o óvulo fecundado como o ganglio.

Não ha o cancro duro e nem porisso deixa de haver a invasão daquelle, porque não é nenhuma novidade a existencia da syphilis, chamada Cryptocarcinica, da *syphilis d'emblée.*

Sobre estes casos diz Fournier que verificou diversos, de um modo bem positivo, embora se colloque mais tarde ao lado da doutrina absoluta de Ricord.

Doutra parte, em recente artigo, Ch. Audry e Le Chatelier dizem o seguinte:

"Todo o mundo sabe que muitos syphiliticos ignoram o seu

cancro. A maior parte do tempo admitte-se que não foi percebido. A questão se levanta, pois, de saber si ha syphilis sem cancro.

A isto se póde responder affirmativamente..."

LOCI MINORIS RESISTENTIAE

Realize-se o infestação, seja por este meio, seja pelo processo admittido para a syphilis post-concepcional, de qualquer fórma a hereditariedade se revela pela predominancia absoluta dos syndromas endocrinicos, como já vimos anteriormente.

Óra ninguém ignora o valor dos loci minoris resistentiæ como ponto de appelle para todas as molestias e com especialidade para a syphilis.

Nestas condições, si a *logica* não mente, o pae syphilitico transmittio pelo menos a seu filho a debilidade glandular que explica aquella preponderancia.

É, como a hereditariedade se dá, conforme a Pathologia Geral, pela prorogação no descendente das modificações physiologicas do ascendente, é que o *lues* as produzira e com tal intensidade que, embora houvessem clinicamente passado despercebidas, puderam ser heredadas.

Assim a syphilis não deixa de ter o caracter geral, de ser uma molestia unica, quer tenha sido adquirida por contagio, quer o tenha por hereditariedade.

Sempre é uma endocrinopathia parasitaria, cujos syndromas são menos intensos, quando adquirida do que quando congénita.

As razões deste facto já fóram de sobejo explicadas e cabem dentro da regra geral de supplemento de funcções.

CONCLUSÕES

1.° Como excepção unica, a *syphilis* é a molestia cuja transmissão hereditaria não póde ser posta em duvida.

2.° Si o *treponema pallidum* constitúe aquella excepção entre todos ou outros micróbios, não deve ser por sua natureza especial, porém por sua séde, por sua localisação.

3.° A Pathologia Geral e a Clinica ensinam que a hereditariedade morbida é possivel e indiscutida, quando a molestia pertence a um dos dois grandes systhemas de *Economia:* o *Systhema nervoso* e o *Systhema endocrinico.*

4.° Revelando-se a hereditariedade syphilitica principalmen-

te, senão exclusivamente, por syndromas ou dystrophias, dependentes do systhema endocrinico é logico suppor que a syphilis é uma endocrinopathia.

5.º As manifestações nervosas da syphilis hereditaria, têm a sua explicação nas estreitas relações dos dois grandes systhemas de Economia.

6.º Seja por transmissão directa paterna, seja por propagação local, placentaria ou sanguinea, a *syphilis hereditaria* põe em relevo a sua qualidade de endocrinopathia, porque demonstra a preferencia do treponema pelas glandulas de secreção interna, na verificação da lei geral dos loci minoris resistentiæ, ou na invasão rapida e fatal daquelles orgãos.

Tratamiento intraraquídeo en ciertas formas de sífilis nerviosa

POR EL DR. SALVADOR PINTOS (Montevideo)

En ciertas formas de sífilis nerviosa, principalmente en aquellas que se muestran rebeldes al tratamiento intensivo general, se ha tratado de efectuar un tratamiento local, ya por el cianuro de mercurio, ya por el novoarsenobenzol en inyecciones intra-raquídeas. Este nuevo método, defendido por unos, atacado por otros, está realmente en pañales, pues mientras muchos sifilógrafos, con pruebas en la mano, las consideran inútiles, perjudiciales y muy peligrosas, otros, también con pruebas, las creen necesarias en todos los casos, donde el tratamiento general no demuestra acción alguna sobre las lesiones cerebrales.

Entre estos últimos se encuentra el doctor Marcel Bloc, del Hospital San Luis, quien, en su contestación a la encuesta de 1920, entre otras cosas, manifiesta: "Que en los casos de reacciones meníngeas sifilíticas persistentes, a pesar de continuar el tratamiento general, debe recurrirse al tratamiento local". Y sostiene su opinión, basándose en que, cuando se habla de meningitis sifilítica, sólo se trata de meningo-encefalitis, de meningo-mielitis, y de meningo-radiculitis, y que, por consecuencia, no hay que hacer distinciones entre las lesiones meníngeas y las lesiones meníngeas asociadas a las lesiones de los centros nerviosos; admitiéndose que

si bien el treponema no está localizado sobre la propia meníngea, se encuentra sobre el tejido nervioso subyacente.

Para él, la exclusiva indicación del tratamiento local se basaría en las dificultades de penetración de los medicamentos en las regiones submeníngeas.

Para Sicard y Bloc, el arsenobenzol introducido en la circulación general sólo penetraría en ínfima cantidad en los espacios subaracnoideanos, y que el mercurio no llegaría sino en cantidades inapreciables. Bloc prefiere como medicamento el neoarsenobenzol; su procedimiento es el siguiente: Hace primero una *solución madre*, que contiene un centigramo de medicamento por un centímetro cúbico de agua destilada, por ejemplo, 0.15 centigramos de neosalvarsán en 15 centímetros cúbicos de agua destilada. Segundo: toma 1 centímetro cúbico de la solución madre, y la diluye en 9 cc. o 4 cc. y 1 cc. de agua destilada, formando así, soluciones inyectables, conteniendo respectivamente 1 milígramo, 2 milígramos, 5 milígramos por centímetro cúbico. Recomienda comenzar inyectando 1|4, 1|2 y 1 milígramo de 8 en 8 días, siempre a dosis crecientes, sin llegar a pasar la de 5 miligramos.

Swift y Ellis, partiendo del hecho comprobado que el suero de los enfermos tratados por el salvarsán presentaba poco tiempo después de la inyección su máximo poder de acción tóxica sobre el treponema, dedujeron su método de inyección intra-raquídea, por medio del suero salvarsanizado, y proceden de la siguiente manera: 1 hora después de la inyección intravenosa de 0.60, 0.70, 0.90 centigramos de novoarsenobenzol, o de 0.40, 0.60 centigramos de salvarsán, sacan 50 gramos de sangre en dos tubos a centrifugar, previamente esterilizados; después de la coagulación, se centrifuga y se deja reposar durante 24 horas; pasadas éstas, toman 12 centímetros cúbicos del suero, al que agregan 18 centímetros cúbicos de suero fisiológico, obteniendo así un suero al 40 por ciento. Se deposita a la estufa a 56° durante una media hora. Previa todas las medidas necesarias para una buena punción, sacan 40 cc. de líquido céfalo-raquídeo, e inyectan 30 cc. del suero salvarsanizado, recomendando a cada inyección, que se repite cada 8 días, ir aumentando la concentración del suero, 50, 60, 80 o|o. Ogilvie modificó esta técnica. Centrifuga el suero hasta su transparencia, y agrega al suero su dosis de medicamento a inyectar. El suero debe ser fresco y la dosis no pasar de un miligramo.

Ravaut disuelve 0.045 grs. de neosalvarsán en 10 centí-

metros cúbicos de solución fisiológica, de manera que 0.1 cc. corresponde a 0.45 miligramos; retira, por lo menos, 50 cc. de líquido céfalo-raquídeo, y le agrega, de la solución anterior, el número de décimos de centímetros cúbicos que corresponden a la dosis a inyectar (0.2 cc., 0.9 miligramos, 0.3 cc., 1.35 miligramos, 0.4 cc., 1.8 miligramos), etc., y lo vuelve a introducir; esta operación se repite cada tres semanas.

Otro de sus procedimientos es el de las soluciones hipertónicas, inyectando, por medio de una jeringa especial, graduada en gotas, 1, 2, 3 gotas de una solución de 914 al 6 o|o en el agua destilada, siendo una gota igual a 3 miligramos del medicamento.

Mac Caskey y Levinson manifiestan haber obtenido brillantes resultados, agregando que los casos negativos de otros, son sólo debidos a no prolongarse el tratamiento el tiempo necesario para demostrar sus bondades.

Otros emplean de preferencia el suero mercurializado, ya del mismo enfermo, ya, como Mulford, con su solución, conteniendo 0.0013 de bicloruro de mercurio disuelto en 30 gramos de suero de caballo, diluído con la solución de suero fisiológico.

El doctor Sicard emplea cada semana una inyección de 2 miligramos de cianuro de mercurio disuelto en 2 centímetros cúbicos de agua salada isotónica y mezclada en el interior de la jeringa a 6 u 8 centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo, en el curso mismo de la inyección. Trata, al mismo tiempo, de provocar una sacudida a la permeabilidad meníngea, creando una meningitis aséptica, que permitiría a la medicación intensiva de la vía sanguínea penetrar en el interior del saco aracnoideano, y tomar contacto más íntimo con el proceso sifilítico meningo-radicular.

Para conseguir esto, recurre a las inyecciones glúteas de nucleinato de soda a la dosis de 10 centigramos del producto, las que provocarían un choque humoral sanguíneo y mismo raquideano, que pueda permitir la permeabilidad meníngea y con ella la mayor actividad de la medicación general sobre los centros nerviosos.

El profesor Jeanselme opina que, a pesar de lo dolorosas y no exentas de peligro de estas inyecciones intra-raquídeas, débese. en caso de meningo-encefalitis graves, recurrirse a ella, siempre a las dosis de 1 miligramo del neosalvarsán.

Al lado de todos estos sifilógrafos, que, a pesar de lo delicado y peligroso de este tratamiento local, lo aconsejan en

ciertos casos bien determinados, sobre todo en la meningo-radiculitis, meningo-encefalitis, y en los tabéticos con dolores fulgurantes vivos y tenaces, se levanta una pléyade de otros no menos competentes, que clasifican este tratamiento intra-raquídeo como perjudicial e inútil. Divid de Lausana, Hudelo, Sezary, de París, Dujardin, de Bruselas; este último, certifica que no ha observado ningún efecto favorable ni con el método de Swift y Ellis, ni con el de Ravaut. Opina que es falso el punto de vista teórico sostenido por los partidarios del tratamiento local, que sería la persistencia de la reacción Bordet-Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo después de su desaparición en la sangre. Para él, esto no probaría la existencia de focos meníngeos puros sin comunicación vascular, y sí la dificultad con la cual se pone en evidencia las pequeñas cantidades de anticuerpos en la sangre, mientras que estas pequeñas cantidades pueden todavía hacer positiva la reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquideo.

M. Sezary ha demostrado, últimamente, que no existe realmente base sólida en apoyo de la teoría que considera la meningitis sifilítica como una acción aislada y primordial de donde dependerían las afecciones nerviosas ulteriores; y prueba que las lesiones histológicas son banales, que el estudio del líquido céfalo-raquídeo no resulta instructivo, para los que opinan que la meningitis es la autora de las afecciones nerviosas sifilíticas, pues la leucocitosis no muestra ningún carácter patognomónico, el treponema siempre ausente, y la reacción Bordet-Wassermann se comporta de una manera diferente según los casos. La histo-microbiología de las afecciones nerviosas sifilíticas da datos positivos, que ninguno apoya aquella concepción. Para Sézary, ningún carácter probaría actualmente la naturaleza sifilítica real de las meningitis latentes de los sifilíticos. Ni en el transcurso siquiera del período secundario, más que en los tabéticos y paralíticos generales, no parece ser causada por el treponema. Y el treponema se localiza no en las meníngeas, pero sí en los centros nerviosos, adonde es llevado por la circulación general. Luego, la meningitis, revelada por la punción lumbar en los sifilíticos, sería un testimonio y no la causa de las lesiones nerviosas parenquimatosas que las meningitis acompañan, de donde la inutilidad del tratamiento intra-raquídeo.

Según Godom pueden producir alteraciones tróficas graves.

Para Marcorelles y Tzank este tratamiento local sólo debe emplearse en las meningitis sifilíticas secundarias, donde

no provocaría las reacciones intensas y los accidentes graves que producen en las sífilis nerviosas tardías, desde los accidentes inmediatos, dolores intensos, contracturas, hasta los que se presentan tres o cuatro días después de la inyección, incontinencia de orina, paraplegia flácida completa, incontinencia vesical y rectal, anestesia de los miembros inferiores, infección general y muerte.

Jeanselme presenta casos donde en estas sífilis tardías, principalmente en los tabéticos, la inyección ha sido seguida de dolores fulgurantes y de crisis gástricas agudas.

Todas estas inyecciones, preparadas con las diferentes clases de suero, sean la del tipo Swift-Ellis, la Olgivie, Marinesco, sea la mercurializada tipo Byres, requieren delicadas y difíciles manipulaciones, que a la menor omisión en sus detalles, las convierten en peligrosísimas; además, se ha querido señalar ventajas e inconvenientes de unas a otras; al tipo Byres, que da la preferencia al sublimado, se le ha inculpado ser más tóxico que el benzoato y de producir un albuminato insoluble; los del suero neosalvarsanizado le han atribuído la ventaja de poseer anticuerpos específicos, cosa aún no probada, y la de no producir procesos de defensa contra proteínas séricas extrañas, pero todas ellas, sean con sueros autógenos, homólogos, sea con suero de caballo, sean con la introducción de soluciones arsenicales o mercuriales, todas producen intensa reacción dolorosa, acompañada muchas veces de síntomas de alarma, todas requieren la estada de más de cuarenta y ocho horas en el lecho, dieta y morfina para calmar al inyectado.

CONCLUSIÓN

Resumiendo lo que antecede, vemos una contradicción teórica entre los sifilógrafos partidarios y no del tratamiento local intra-raquídeo; luego una cuestión a estudio. Observamos, también, que los partidarios, hasta este momento, no nos han podido presentar una estadística que abone de sus bondades, y si bien la aconsejan continuarla con perseverancia, advierten sus peligros, peligros estos proclamados como fundamento por los opositores. Por todo lo cual, creemos que débase abstener de dicho tratamiento, hasta tanto los progresos de la ciencia nos puedan proporcionar *un medio menos peligroso;* y mientras, no recurrir a él, sino en aquellos casos desesperadamente graves, en que, fracasada la terapéutica general, toda tentativa está permitida y deba hacerse para salvar una vida.

TERCERA SESION

MARTES 11 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 21

Presidencia del doctor Fernando Terra (Río de Janeiro)
Secretario: doctor Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

José May y Enrique Claveaux. Diagnóstico precoz de la sífilis. Reacción de Wassermann durante el tratamiento.

José May.—Reinfección sifilítica.

José May.—¿Se cura el tabes?

José May.—Las alteraciones en el líquido céfalo-raquídeo. Importancia de las pequeñas linfocitosis.

Nicolás V. Greco (Trabajo leído por el doctor Neocle Ragusin).—Sifilipsiquismo.

Máximo Halty.—Reacciones meníngeas en las diferentes edades de la sífilis.

Pedro Raúl Alonso y Alberto Penco.—Relaciones de la reacción de Wassermann y la clínica.

Fernando Abente Haedo.—Parálisis facial y sífilis: nuevo reflejo: la bofetada mímica.

Discusión general de los trabajos anteriores.

Diagnóstico precoz de la Sífilis

Reacción de Wassermann durante el tratamiento

POR LOS DOCTORES

JOSÉ MAY (Montevideo) Y ENRIQUE CLAVEAUX (Montevideo)

Jefe adjunto del Dispensario N.° 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Profesor de Patología General, Subdirector del Instituto de Higiene

Es una verdad que cuesta trabajo abrirse paso, de que la sífilis es una enfermedad capaz de ser curada radicalmente y que las probabilidades son tanto mayores cuanto más precoz, es hecho el diagnóstico del accidente inicial, actualmente facilitado por el ultramicroscopio que en casi todos los casos da

por resultado encontrar el treponema, escapándose sólo un porcentaje relativamente pequeño, como lo demuestra una corta estadística tomada sobre 45 casos, que nos da 5 casos en los que no se halló el treponema, a pesar de la técnica usada, siempre idéntica, por uno de nosotros, el doctor Claveaux.

Las probabilidades de cura radical son tanto mayores cuanto más cerca de su iniciación se hace el diagnóstico. Es sabido que el treponema invade el organismo por dos vías de desigual valor: la sanguínea y la linfática.

La experimentación en los monos ha permitido ver cómo puede invadir por la vía sanguínea, a pesar de lo cual es sólo después del período clásico de incubación que aparecen los síntomas de infección generalizada. En cambio la marcha más común de la infección sifilítica es la vía linfática, que da primero la adenopatía regional típica, luego la repercusión ganglionar general y, por último, llega al torrente circulatorio.

Antes de que aparezcan las manifestaciones secundarias, como ha sido señalado y lo hemos comprobado muchas veces en la clínica, hay una alteración en el organismo que se traduce por la reacción de Wassermann, a la cual damos un gran valor diagnóstico.

Gouin y Leblanc hicieron en 1920 una comunicación a la Sociedad Francesa de Dermatología, en la cual exponían los resultados obtenidos en la observación del Wassermann en las sífilis iniciales, bajo la influencia del neosalvarsán, llegando a la conclusión de que una vez solamente sobre quince casos, se mantuvo la reacción negativa, haciéndose positiva en todos los demás.

En nuestro medio todavía no se ha ilustrado lo bastante el público de Hospital, para que concurra a la consulta antes de que aparezcan las manifestaciones secundarias; de ahí que sean muy pocos los casos en los cuales hayamos podido hacer el diagnóstico de sífilis antes de su generalización: un amigo inconsciente, los boticarios y farmacéuticos, indican tratamientos locales y, mientras los días pasan, la infección avanza, recorre las etapas una a una, para luego, ya en plena manifestación secundaria, terminar por donde debían empezar, esto es, concurrir de inmediato a consultar al médico.

En las observaciones que publicamos en este trabajo no hemos hecho reacciones de Wassermann intercaladas durante el tratamiento en todos los casos, de ahí que debemos clasificar esas observaciones en dos grupos.

I. Casos sin reacción de Wassermann intercalada durante el tratamiento

Observación I.—(Enfermo del doctor May). M. T. N., 23 años, oriental, estudiante. Mayo 25 de 1913. Chancro del surco, datando de 8 días, del tamaño de una lenteja, base ligeramente indurada. Treponema positivo. Tratamiento: 4 inyecciones de (606), de 0.30, 0.45, 0.60, 0.60 cada quince días. Tratamiento mercurial intermitente en 1913 y 1914. Reacción Wassermann en el suero sanguíneo negativo. Punción lumbar en 1917 y 1919, completamente negativas. Casado en 1917, teniendo dos hijas sin ningún estigmato.

Observación II.—Enfermo 468. M. G., oriental, estudiante, 26|XII|1918. Chancro del surco, datando de tres días. Treponema positivo. Ocho inyecciones de neosalvarsán a dosis creciente, hasta 0.70 (en total 5 grs. 80).

La reacción de Wassermann observada durante el año 1919 y comienzos del año 1920, ha dado siempre negativa.

Observación III.—Enfermo número 480. B. L., 23 años, oriental, estudiante. Chancro sifilítico del surco, de 8 días. Treponema positivo, reacción Wassermann negativa. Tratamiento: 10 inyecciones de neosalvarsán, a dosis progresivamente creciente, en total 6 grs. 50.

La observación del Wassermann posterior persiste siempre negativa, última hecha en agosto de 1921.

Observación IV.—Enfermo número 524. Enero 30 de 1919. H., 21 años, oriental, jornalero. Dos chancros del surco, datando de 10 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann H8. Se hacen 3 inyecciones de neosalvarsán y desaparece, volviendo con placas mucosas cutáneas en el escroto.

Observación V.—(Enfermo del doctor May). Mayo de 1918. E. M., 24 años. Chancro sifilítico, datando de 20 días. Treponema positivo. Reacción de Wassermann negativa, 20 inyecciones de neosalvarsán seguidas, en total 13 grs. 95. Reacción de Wassermann posterior durante el año 1919, H8.

Observación VI.—(Enfermo del doctor May). Mayo de 1919. D. A., 25 años, oriental, soltero, empleado. Chancro del meato, datando de 20 días. Treponema positivo. Reacción de Wassermann negativa, 15 neosalvarsán, en total 7 grs. 65. Una segunda serie al mes y medio, de 5 inyecciones, en total 3 grs. 10.

Observación del Wassermann durante un año, y punción lumbar al año, completamente negativa.

Observación VII.—Enfermo número 1062. Mayo 13 de 1920. H., 30 años, oriental, jornalero. Chancro del frenillo, datando de 13 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann negativa. Tratamiento: 8 inyecciones de neosalvarsán. Observación del Wassermann durante ese año, negativa. El enfermo no ha vuelto más a la Clínica.

Observación VIII.—Enfermo número 1065. Mayo 13 de 1920. H., 23 años, oriental, jornalero. Chancro del surco, de 18 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann negativa. Tratamiento: 10 inyecciones de neosalvarsán. Observación del Wassermann durante el año, negativa. El enfermo no ha vuelto más a la Policlínica.

Observación IX.—Enfermo número 1077. Mayo 20 de 1920. H. D., 24 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro del surco, de 13 días, reacción de Wassermann H8. Treponema positivo, 1 neosalvarsán. El enfermo vuelve en agosto con roseola, cefalea intensa, Wassermann en el suero sanguíneo positivo, punción lumbar, linfocitosis.

Observación X.—Enfermo número 1142. Julio 9 de 1920. C. H., 23 años, oriental, estudiante. Chancro sifilítico del prepucio, de tres días. Treponema positivo, reacción de Wassermann negativa, 7 neosalvarsán, 3 grs. 55, a los 13 días reacción de Wassermann H8. Se hace un tratamiento de 5 inyecciones más. Observación del Wassermann hasta agosto de 1921 negativo.

Observación X bis.—G. A. (Enfermo doctor May). 23 años, oriental, soltero, empleado. Chancro sifilítico de 8 días. Treponema positivo, 11 de abril de 1920 reacción de Wassermann H8. Tratamiento neosalvarsán. Reacción de Wassermann negativa. Punción lumbar negativa.

Observación XI.—Enfermo número 1542. Abril 18 de 1921. V. E., 19 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro, datando desde un mes. Treponema positivo, el 18 de abril.

Abril 1 H8. Abril 15 H8. Abril 18 H8. Se le dan 11 inyecciones de neosalvarsán, en total 5 grs. y 1|2, en agosto 11 de reacción Wassermann H8.

Observación XII.—Enfermo número 1491. Abril 12 de 1921. H. J., 24 años, oriental, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 10 días. Treponema positivo. Reacción de Wassermann H8, 18 neosalvarsán, total 10 grs. 90. Setiembre 2, Wassermann H8.

Observación XIII.—Enfermo número 1499. Abril 16 de 1921. G. P., 17 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro sifilítico de 4 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann el 15 de mayo H8, 20 neosalvarsán, en total 11 grs. 20. En agosto reacción Wassermann H8.

Observación XIV.—Enfermo número 1591. Mayo 31 de 1921. D. A., 19 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 8 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann H8, 12 neosalvarsán, en total 8 grs. 10, reacción de Wassermann 1.º setiembre H8.

Observación XV. — (Enfermo del doctor May). Agosto 20 de 1920. J. N. A., 20 años, oriental, soltero, estudiante. Chancro sifilítico de 5 días. Treponema positivo, 19 inyecciones de 0.30 en mayo y junio de este año reacción de Wassermann H8.

II. Observaciones con Wassermann intercalado durante el tratamiento

Observación XVI.—Julio 28 de 1920. S. J., 22 años, español, soltero, jornalero. Chancro del forro, de 15 días. Treponema positivo, reacción de Wassermann H8.

Reacciones			Tratamiento			
Julio	27	H8	Julio	28	1.a	0.40
Agosto	3	H0	Agosto	1	2.a	0.50
			”	9	3.a	0.50

El enfermo deja de concurrir a la Clínica.

Observación XVII.—Enfermo número 1188. Agosto 6 de 1920. M. F., 19 años, brasileño, soltero, marinero. Chancro del surco, de 15 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Agosto	6	H8	Agosto	7	1.a	0.40
”	10	H8	”	12	2.a	0.40
”	17	H6	”	17	3.a	0.60

y 9 inyecciones más, hechas irregularmente, desde setiembre 3 al 18 de diciembre, pasando 15 y 20 días sin tratamiento, en total 6 grs. 70 de neosalvarsán. Al mes de la última inyección H0, 13 neosalvarsán más, 7 grs. 30 reacción de Wassermann H0.

Observación XVIII.—Enfermo 1203. Agosto 21 de 1920. C. E., 23 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro del surco, de 16 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Agosto	20	H7	Agosto	21	1.a	0.30
”	23	H7	”	16	2.a	0.50
”	27	H7	Setiembre	2	3.a	0.60

sin que concurra después a la Clínica hasta abril de este año, con placas mucosas.

Observación XIX.—(Enfermo del doctor May). Julio 29 de 1920. M. F., 22 años, oriental, estudiante. Chancro sifilítico del surco de 10 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Julio	29	H8	Julio	29	1.a	0.30
Agosto	3	H8	Agosto	2	2.a	0.30
”	6	H8				

y 9 inyecciones más, en total 4 grs. 10 neosalvarsán. Observación del Wassermann negativo hasta agosto de 1921. Punción lumbar completamente negativa.

Observación XX.—Enfermo número 1221. Setiembre 3 de 1921. S., M., oriental, 19 años, jornalero. Chancro del frenillo, datando de 3 semanas. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Agosto	31	H8	Setiembre	3	1.a	0.30
Setiembre	3	H8	,,	7	2.a	0.45
,,	7	H8				

y 10 inyecciones más de 0.60, en total 6 grs. 75 de neosalvarsán. Reacción de Wassermann hasta julio de este año, negativa.

Observación XXI.—(Enfermo del doctor May). Diciembre de 1920. A. R., oriental, empleado. Chancro sifilítico del surco, datando de 7 días.

Reacciones			Tratamiento			
Setiembre	28	H8	Setiembre	29	1.a	0.30
Octubre	1	H8	,,	29	2.a	0.45
,,	5	H8	,,	29	3.a	0.50
,,	26	H8	Octubre	21	4.a	0.50

El enfermo hace una serie de seis inyecciones más. El último análisis de sangre es negativo.

Observación XXII.—Enfermo número 1273. Octubre 1.º de 1920. G. C., 19 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro del meato, de 13 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Octubre	1	H8	Octubre	1	1.a	0.30
,,	5	H8	,,	8	2.a	0.30
,,	14	H8	,,	14	3.a	0.40
,,	21	H8	,,	21	4.a	0.50

y tres inyecciones más, de 0.60, en total 3 grs. 30 de neosalvarsán. El Wassermann observado hasta la fecha persiste negativo.

Observación XXIII.—Enfermo número 1283. Octubre 9 de 1920. R. N., 30 años, oriental, empleado, soltero. Chancro sifilítico del surco, datando de 15 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Octubre	15	H8	Octubre	9	1.a	0.30
,,	23	H7	,,	15	2.a	0.50

y 7 inyecciones más, en total 2 grs. 30 de neosalvarsán. Observación en el suero sanguíneo hasta agosto de 1921, negativo.

Observación XXIV.—Enfermo número 1288. Octubre 9 de 1920. S. N., 23 años, oriental, jornalero, soltero. Chancro del surco, datando de 10 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Octubre	8	HS	Octubre	11	1.a	0.30
,,	15	HS	,,	15	2.a	0.30
,,	22	HS	,,	21	3.a	0.50
			,,	29	4.a	0.60
			Noviembre	4	5.a	0.60
			,,	11	6.a	0.70
			,,	18	7.a	0.70

Observación XXV.—Enfermo número 1322. I. C. Noviembre 4 de 1920. 17 años, oriental, jornalero. Chancro del surco, datando de un mes. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Octubre	29	HS	Noviembre	8	1.a	0.30
Noviembre	5	HS	,,	15	2.a	0.50
,,	16	H0	,,	19	3.a	0.50
,,	19	H0	,,	24	4.a	0.50
			,,	29	5.a	0.60

El enfermo no vuelve hasta abril de 1921, que da HS.

Observación XXVI.—Enfermo número 1365. Diciembre 2 de 1920. V. J., 26 años, oriental, soltero, estudiante. Chancro sifilítico del surco, datando de 10 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Noviembre	30	HS	Diciembre	2	1.a	0.30
Diciembre	6	HS	,,	6	2.a	0.45
			,,	11	3.a	0.45
			,,	16	4.a	0.45
			,,	22	5.a	0.50
			,,	30	6.a	0.60

Enero 24 de 1921 HS, 3 inyecciones de neosalvarsán 1 g. 70: Reacción de Wassermann negativa, hasta agosto de este año.

Observación XXVII.—Enfermo número 1390. Diciembre 18 de 1920. M. J., 23 años, español, soltero, jornalero. Chancro del surco, adtando de 6 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Diciembre	17	H8	Diciembre	14	1.ª	0.30
			”	18	2.ª	0.45
”	28	H8	”	24	3.ª	0.60

y siete inyecciones más de neosalvarsán (3 grs. 90). Observación del Wassermann hasta agosto de 1921, completamente negativo.

Observación XXVIII. — (Enfermo del doctor May). Febrero de 1921. L. S. V., 30 años, oriental, soltero, empleado. Chancro del surco, datando de 7 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Febrero	1.º	H8	Febrero	1.º	1.ª	0.30
			”	1.º	2.ª	0.45
			”	1.º	3.ª	0.45
Marzo	18	H8	Marzo	19	4.ª	0.45
			”	24	5.ª	0.45
			”	31	6.ª	0.45
			Abril	7	7.ª	0.45
			”	14	8.ª	0.45
			”	21	9.ª	0.45
			”	28	10.ª	0.60

Examen de sangre en julio 8 de 1921 y agosto 2 dió negativo. Enfermo en observación.

Observación XXIX.—Enfermo número 1429. Enero 17 de 1921. Mujer, 28 años, española, casada, esposa de E., contagioso. Chancro sifilítico del muslo izquierdo, datando de 12 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Enero	11	H8	Enero	17	1.ª	0.30
”	21	H0	”	31	2.ª	0.50
Marzo	25	H8				

y 20 inyecciones más, en total 12 gramos. Enferma en observación.

Observación XXX.—Enfermo número 1478. Marzo 3 de 1921. I. R., 45 años, español, soltero, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 8 días. Treponema negativo. A pesar de este resultado se le hace el tratamiento.

Reacciones			Tratamiento			
Febrero	25	HS				
Marzo	1.o	HS	Marzo	3	1.a	0.30
,,	1.o	HS	,,	8	2.a	0.45
			,,	12	3.a	0.30
			,,	17	4.a	0.30
Abril	18	H8	Abril	18	5.a	0.30
			Mayo	5	6.a	0.30

Junio 22. — Vuelve roseola confluente, cubriendo totalmente la piel. R. W. H0.

Observación XXXI.—Enfermo número 1490. Marzo 11 de 1921. H., 25 años, oriental, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 10 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Marzo	8	H8				
,,	11	H8	Marzo	11	1.a	0.40
,,	15	H8				
			Abril	2	3.a	0.50
			,,	9	4.a	0.60
			,,	16	5.a	0.60
			,,	23	6.a	0.60 en-

fermo que no ha vuelto.

Observación XXXII.—Enfermo número 1548. Abril 23 de 1921. A. M., 30 años, oriental, soltero. Chancro sifilítico del surco, datando de 20 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Abril	18	H8	Abril	20	1.a	0.30
			,,	23	2.a	0.30
,,	28	H0	,,	28	3.a	0.50
Mayo	5	H0	Mayo	5	4.a	0.60
			,,	12	5.a	0.60
,,	19	H	,,	19	6.a	0.70 y

trece (13) inyecciones más, que suman 9 grs. 40, en total 12 grs. 40.

Observación XXXIII.—(Enfermo del doctor May). Mayo 9 de 1921. A. M. J., 30 años, oriental, casado. Dos chancros sifilíticos del surco, datando de 8 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento				
Mayo	10	HS	Mayo	10	1.ª	0.30	(606)
			''	17	2.ª	0.55	(606)
''	23	HS	''	25	3.ª	0.55	(606)
			Junio	3	4.ª	0.45	(606)
Junio	3	HS	''	10	5.ª	0.60	(606)
''	10	HS					
Julio	12	HS enfermo en observación.					

Observación XXXIV. — (Enfermo del doctor May). Mayo 7 de 1921. J. O. M., 27 años, oriental, soltero, empleado. Chancro sifilítico de 8 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento				
Mayo	10	HS	Mayo	7	1.ª	0.30	(606)
''	16	HS	''	14	2.ª	0.50	(606)
''	23	HS	''	23	3.ª	0.55	(606)
''	30	HS	''	30	4.ª	0.55	(606)
Junio	6	HS	Junio	6	5.ª	0.60	(606)

En julio 1.º y agosto reacción de Wassermann HS.

Observación XXXV.—Enfermo número 1625. Junio 27 de 1921. S. S., 30 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 20 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Junio	24	HS	Junio	23	1.ª	0.30
''	28	HS	''	27	2.ª	0.50
Julio	5	HS	Julio	2	3.ª	0.60
''	12	HS	''	7	4.ª	0.60

Observación XXXVI.—(Enfermo del doctor May). Junio 21 de 1921. F. V., 24 años, español, soltero, empleado. Chancro sifilítico del surco, muy duro, datando de 12 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Junio	30	HS	Junio	30	1.ª	0.30
Julio	1.º	HS	Julio	6	2.ª	0.45
''	12	H6	''	11	3.ª	0.60
''	22	H7	''	11	3.ª	0.60

Enfermo en tratamiento, lleva 12 inyecciones de neosalvarsán.

Observación XXXVII.—Enfermo número 1633. Julio 2 de 1921. F. C., 30 años, oriental, soltero, empleado. Chancro sifilítico del surco, datando de 15 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Julio	1.º	H8	Julio	2	1.ª	5.30
,,	5	H8	,,	5	2.ª	0.40
			,,	9	3.ª	0.50

Observación XXXVIII.—Julio 16 de 1921. Ch. J., 21 años, oriental, soltero, empleado. Chancro sifilítico del surco, datando de 15 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Julio	12	H8	Julio	12	1.ª	0.30
,,	15	H8	,,	15	2.ª	0.45
,,	19	H8	,,	19	3.ª	0.45

Observación XXXIX.—Enfermo número 1656. Julio 30 de 1921. P. N., 32 años, oriental, soltero, jornalero. Chancro sifilítico del labio superior, datando de 8 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Julio	R. W.	H8	Julio	30	1.ª	0.30
Agosto	2	H8	Agosto	2	2.ª	0.30
,,		H8	,,	6	3.ª	0.50
			,,	12	4.ª	0.50
			,,	12	4.ª	0.50 en-

fermo en tratamiento.

Observación XL.—Enfermo número 1660. Agosto 2 de 1921. M. B., 18 años, español, soltero, jornalero. Chancro sifilítico del surco, datando de 20 días. Treponema positivo.

Reacciones			Tratamiento			
Agosto	2	H8	Agosto	2	1.ª	0.45
,,	5	H0	,,	6	2.ª	0.60
,,	11	H0	,,	11	3.ª	0.60 (en-

fermo en tratamiento).

Observación XLI.—(Enfermo del doctor May). Setiembre 6. S. M., 33 años. Chancro del labio superior, datando de 20 días. Treponema positivo. Adenopatía submaxilar.

Reacciones			Tratamiento			
Setiembre	6	H7	Setiembre	6	1.ª	0.30
,,	13	H0	,,	12	2.ª	0.45 en-

fermo en tratamiento.

Observación XLII.—(Enfermo del doctor May). Agosto 24 de 1921. P. R., 22 años, oriental, estudiante. Chancro sifilítico del surco, datando de 20 días. Treponema positivo. Adenopatía epitrocleana.

Reacciones			Tratamiento			
Agosto	23	H8	Agosto	24	1.ª	0.30
”	26	H8	”	28	2.ª	0.30
Setiembre	2	H8	Setiembre	2	3.ª	0.45
			”	6	4.ª	0.45
			”	11	5.ª	0.60

Nota. Las reacciones de Wassermann fueron hechas, en su casi totalidad, en el Laboratorio Central del Instituto Profiláctico, a cuyo frente se haya el señor Alberto Scaltritti.

DISCUSIÓN DE LOS HECHOS

En la 1.ª serie tenemos que sobre quince enfermos, dos (obs. IV y IX), después de 4 y 1 inyección de neo, desaparecen y al cabo de un mes vuelven en pleno período secundario, uno de ellos con punción lumbar con 11 linfocitos.

Los 13 restantes han sido observados, clínicamente y serológicamente; tres de ellos con punción lumbar negativa, y no hemos encontrado ningún estigmato de sífilis en los más antiguos. Uno de éstos, Obs. I, casado, tiene hijos sanos. Casi todos ellos son casos de sífilis tomados en su iniciación, con muy pocos días de desarrollo del accidente inicial, inferior a diez días.

En las 27 observaciones restantes, tenemos 16 casos en los que la reacción se mantiene negativa durante el tratamiento; uno, Obs. XVII, se hace positiva al mes de cesado el tratamiento. En otra, Obs. XXX, enfermo N.° 1478, que pasa un mes entre la 4.ª y 5.ª inyección, da, sin embargo, negativa, y es sólo después de 17 días más sin tratamiento que hacen su aparición las manifestaciones secundarias confluentes, lo que se explica bien por la insuficiencia de la medicación empleada, 1 gr. 80 de neosalvarsán en los primeros 17 días, transcurriendo después 18 días sin más remedio que una dosis de 0 gr. 30; en uno de ellos, Obs. XVIII, se mantiene H^7, pero continúa poco su tratamiento. El enfermo no concurre a la policlínica hasta abril de 1921, con manifestaciones mucosas. En las observaciones restantes, se hace positivo, en la Obs. XVI, chancro de 18 días (a los 23 días R. W. H^4), que no concurre a la policlínica; Obs. XXV, chancro de 1 mes (H^0 a los 16 días), y que sólo hace 5 inyecciones, concurre recién en abril de este año, dando H^8; Obs. XXIX, en que hace el tratamiento irregular, 14 días entre la 1.ª y 2.ª inyección; a los 20 días del chancro H^0, casada con un sifilítico,

que hoy mismo, después de 34 inyecciones de neo, tiene placas mucosas que ceden a los toques de nitrato ácido de mercurio; Obs. XXXII, chancro de 20 días (H^0 al mes), que se hace positiva a la 2.ª inyección, dosis de 0.30 en tres días de intervalo; Obs. XXXV, chancro de 15 días, y que a los 27 se hace positivo atenuado, H^6 después de 2 inyecciones de 0.30 y 0.45, con seis días de intervalo; Obs. XL, que se hace positiva a los 3 días de la 1.ª inyección de 0.45, y Obs. XLI, chancro del labio, de 20 días, que al comenzar el tratamiento era H^7 y a los 7 días después de dos neo de 0.30 y 0.45, H^0.

De este análisis resulta que en los casos que se hace positiva son en su totalidad chancros que tienen más de diez días de evolución· Obs. XXVIII, 16 días; Obs. XXV, un mes; Obs. XXXII, 20 días; Obs. XXXVI, 15 días; Obs. XL, 20 días; Obs. XLI, 20 días y a localización labial, en los que la reacción es siempre positiva a más breve plazo que en los casos de accidente inicial localizado en los órganos genitales. En resumen, pues, la reacción en estos casos se ha hecho positiva en plazos variables de veinte días a un mes, o sea dentro del plazo en que se presenta habitualmente positiva en los demás enfermos.

Consideramos este resultado positivo, activo, como la consecuencia de un proceso demasiado avanzado, en el que la medicación a dosis progresivas no ha dominado el foco inicial, la destrucción de los treponemas no ha sido completa.

En cambio las observaciones restantes, en su gran mayoría, son datando de muy pocos días, a tal punto que casi todas ellas son de diez días (dos de esas observaciones, la de Pal y P. R., las hemos estudiado desde otro punto de vista en la experimentación del trabajo que uno de nosotros presenta con el químico A. Prunell); lejos todavía el plazo en que el treponema rompe las barreras linfáticas antes de invadir el organismo para manifestarse serológicamente.

De ahí, pues, que sin haber podido prolongar por largo tiempo la observación de los enfermos en los que la reacción se ha hecho positiva, nosotros los consideramos desde el punto de vista del tratamiento como si fueran en período de generalización. En cambio, aquellos casos en que la reacción intercalar se mantiene negativa, los consideramos como los más adecuados para realizar con ellos la cura radical. Uno solo, sobre 42 observaciones, escapa a esta regla (caso XVII), y la interpretación de este resultado debemos atribuirla a la irregularidad del tratamiento, por ser un marinero, y a la

extrema dureza del accidente inicial, que son, indiscutiblemente, los que más resisten a la medicación arsenical, tal como ocurrió en dos casos, para no recordar otros, uno de los cuales Rez. Héctor tuvo, después de 20 inyecciones, una hemiplejia izquierda, y el otro, T. V., presenta una sífilis de papulopsoriasiforme del dorso, a pesar de 38 inyecciones de neosalvarsán de 0.60 a 0.70 centigramos, 4 de aceite gris.

El análisis de los casos presentados por Gouin y Leblanc demuestra que en el enfermo en que se mantiene negativa el diagnóstico es precoz, 8 días después de la consulta, la reacción a los 12 días; en cambio, en los otros casos, el diagnóstico es más tardío, exactamente como lo hemos hecho resaltar en el análisis de nuestras observaciones.

Además, en los casos de Gouin y Leblanc, el tratamiento ha sido hecho con intervalos de una semana, generalmente, entre cada inyección. Nosotros hemos acortado en lo posible desde hace algún tiempo el plazo de siete días, y hemos dado las dos o tres primeras dosis no mayores de 0 gr. 30, para que, de esa manera, teniendo en cuenta el tiempo de eliminación de los arsenicales, esté el organismo impregnado por medicación, cuidando, claro está, la tolerancia de cada enfermo, realizando así, como lo proponen Queyrat y Pinard, una terapia *sterilisans progrediens*, en lugar de la terapia *sterilisans magna*.

De este modo cremos poder llegar a realizar la cura radical de la sífilis, concepto que aún entre los mismos médicos no está lo suficientemente arraigado, y que muchas veces no recurren con la presteza debida al concurso del laboratorio, tan imprescindible en una afección de esta naturaleza.

Sin ser muy afirmativos por ahora, en algunas de nuestras conclusiones, pues nos falta la observación prolongada de estos enfermos a través del tiempo, creemos poder llegar a las siguientes

CONCLUSIONES

1.° Toda ulceración genital debe ser objeto de cuidadosa e *inmediata* investigación bacteriológica, única manera de diagnosticar precozmente la sífilis.

2.° El diagnóstico precoz de la sífilis y su tratamiento con los arsenicales, pone en condiciones de cura radical.

3.° La seroreacción se mantiene negativa durante el tratamiento en los casos diagnosticados dentro de los primeros quince días de su iniciación, salvo muy raras excepciones.

4.° La activación se produce en aquellos casos en que el

diagnóstico se hace estando próximo el plazo de invasión del organismo (alrededor de 20 días).

5.° La activación de la reacción debe buscarse sistemáticamente en el curso del tratamiento de las sífilis iniciales, porque una activación serológica comprobada debe hacer considerar al sifilítico primario como un secundario desde el punto de vista del tratamiento.

6.° El plazo entre cada inyección en el tratamiento de las sífilis iniciales debe aproximarse lo más posible dentro de la tolerancia de los enfermos, siendo preferible las primeras dosis pequeñas repetidas, que mantengan el organismo con reserva medicamentosa, actuando sobre el treponema *(terapia sterilisans progrediens de Queyrat y Pinard).*

Reinfección sifilítica

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)

Médico-Jefe de la Policlínica Dermatológica del Hospital Maciel
Jefe adjunto del Dispensario N.° 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Con la incorporación de los arsenicales a la medicación antisifilítica, y con los progresos de laboratorio, ultramicroscopio y Wassermann, muchos autores sostienen que la sífilis puede curar, basándose para esa afirmación en la desaparición de los síntomas clínicos y serológicos de la enfermedad. No hay aún la experiencia prolongada a través del tiempo en forma que permita establecer de un modo definitivo el concepto de cura radical, pero no puede desconocerse que día a día se van incorporando nuevos casos que hablan a favor de la idea de curación, sin que pueda aún establecerse bien cuáles son las condiciones requeridas para considerar como real y absoluta esa cura.

Por nuestra parte, tenemos observaciones de enfermos en plazo hasta de 8 años, sin que después de seis años sin tratamiento hayan tenido el menor accidente, conservándose serológicamente negativos a través de ese período, si bien es cierto que fueron tomados en el comienzo de su sífilis, antes del período de generalización.

Pero, no es sólo en estos casos en que es posible hablar de cura radical de la sífilis: es también en aquellos casos en que han existido fenómenos manifiestos de generalización, traducidos no sólo por un Wassermann positivo. sino también por

manifestaciones clínicas del período secundario, llegando a publicarse, aunque no con mucha frecuencia, casos de reinfección sifilítica.

Algunos autores, con Vernes, sostienen que los enfermos cuyas reacciones serológicas se mantienen negativas por un plazo de ocho meses y cuya punción lumbar es normal, pueden considerarse como definitivamente curados, opinión que no es compartida por otros autores. Jeanselme ha publicado ya casos de enfermos cuyo Wassermann se ha hecho positivo fuera del plazo marcado, lo que vendría a sembrar nuevas dudas sobre el porvenir de los sifilíticos tratados cuando ya se ha generalizado la infección.

Por nuestra parte, tenemos dos observaciones que vienen a corroborar las expuestas por Jeanselme.

El 1.° es el enfermo N.° 20 de nuestro Dispensario, José Gar, que había adquirido su sífilis en 1916, diagnosticado por el doctor José Brito Foresti, habiendo hecho tratamiento de fricciones, Jarabe de Gibert, yoduro de potasio y, posteriormente, diez inyecciones de neosalvarsán.

Durante los años 1918 y 1919 concurrió 7 veces a la consulta, haciéndose reacciones Wassermann, que dieron negativas, no aceptando la idea de hacerse una punción lumbar. En marzo de 1920 le da H^0, pero no viene nuevamente hasta agosto, con placas mucosas. Se hizo 10 inyecciones de neosalvarsán, en total 4 grs. 50. Actualmente, desde octubre próximo pasado no se hace ninguna inyección, con reacción Wassermann negativas.

No hicimos la punción lumbar en el momento que vino a la consulta, con Wassermann positivo y sus lesiones mucosas la segunda vez, de modo que no podemos establecer si tenía en aquel entonces una sífilis nerviosa en actividad que en ese momento se generalizara, como ya ha sido señalado.

Le hicimos hace pocos días una punción lumbar, dando sólo seis linfocitos (octubre de 1921).

El 2.° enfermo es el N.° 96, José M. Cl., quien había adquirido sífilis en 1914, diagnosticada por el profesor Brito Foresti y tratada con mercurio, fricciones, y luego se hizo una serie de inyecciones de neosalvarsán.

Este enfermo fué observado serológicamente desde 1918 hasta 1921, siempre negativa, sin aceptar la punción lumbar. En 1921 el Wassermann se hace positivo, contraloreado debidamente, siendo su punción lumbar negativa; sólo tiene 2.2 linfocitos por mm. cc.

Quiere decir, pues, que aún no estamos suficientemente do-

cumentados para ser afirmativos en lo que se refiere a la cura absoluta de sífilis, pero, a pesar de estas anotaciones, es innegable, que se han observado ya muchos casos de reinfección sifilítica, que vendrían a probar que esa cura se puede alcanzar indudablemente.

Numerosas publicaciones se hicieron desde la introducción de los arsenicales en la terapéutica, y suscitóse discusiones en todas las sociedades sifilográficas, sobre si debían considerarse como reinfecciones o recidivas. En efecto: a menudo sólo se trataba de chancro *redux* con manifestaciones secundarias de *retour*, por tratamiento insuficiente, de los que hemos tenido oportunidad de ver hace ya algunos años un enfermo asistido en el Hospital Italiano, pero esa misma discusión y análisis de los hechos permitió llegar a establecer de un modo definitivo la idea de reinfección sifilítica.

El concepto clásico de que no se volvía a adquirir nueva sífilis quedaba abatido. Queyrat, Milian. Brocq, Jeanselme, Krøfting, Sabouraud, Selenew, Stuhmer, Beaing, Guttmann, Schreib, Hutchinson, Yosuma. Klausmer. han publicado casos de reinfección sifilítica, que no vamos a reproducir, pero al lado de casos innegables, los hay que no resisten a una crítica severa. y John, en una revisión de la literatura, sobre 355 casos tenidos como reinfección. sólo pudo clasificar como tales 100 casos.

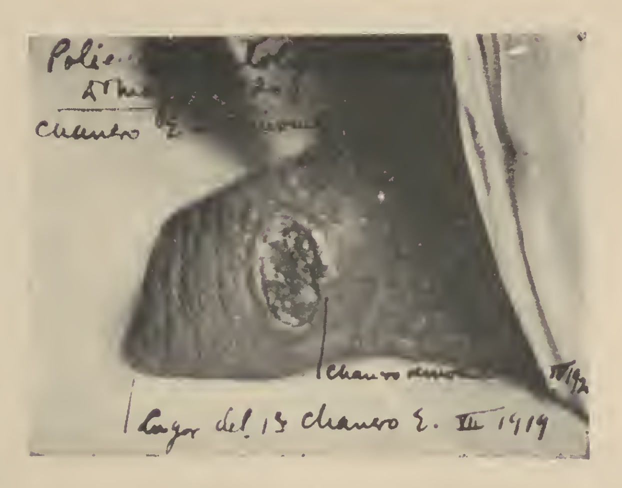
Por nuestra parte, hemos tenido oportunidad de observar dos casos de reinfección, cuyas historias clínicas constituyen la base de este capítulo.

Ya antes de estos dos casos, mi colega el doctor Salvador Burghi, de Mercedes, me había enviado para su tratamiento un caso observado por él, pero diagnosticado antes de la generalización. Transcribo las anotaciones que me remitió conjuntamente con el enfermo.

Carlos D. 1.er chancro 1.º de marzo de 1917. Empezó el tratamiento el 17 del mismo mes, 4 neo de marzo 17 a abril 9, 20 inyecciones de 2 centigr. de bicianuro de hidrargirio, de abril 10 a mayo 1.º; 4 neo de mayo 2 a mayo 26, en julio nueva serie de 8 neo Billón. Segundo chancro 15 de enero de 1918, empieza el tratamiento el 19 de enero, 16 inyecciones de neo arsenobenzol; 20 inyecciones de 2 centigr. de bicianuro.

En ambos chancros se constató el espiroquete. No ha tenido manifestaciones secundarias.

Posteriormente me fué dado ver en mi clientela privada el caso de la Obs. I.



Fotograbado mostrando la distinta lcoalización del accidente inicial

Observación I. — T. C., 26 años, oriental, soltero. **Antecedentes hereditarios.** Padre, antiguo específico, curado por el tratamiento clásico, mercurial y KI a forma crónico intermitente.

Ha estado bajo mi asistencia durante el año 1919, de una blenorragia, o mejor dicho, de una serie de complicaciones blenorrágicas, uretritis posterior, prostatitis, orquiepididimitis a repetición y deferentitis, así como algunos estados gripales ligeros con fenómenos bronquíticos y trastornos de la funcionalidad hepática.

Desde el punto de vista de la sífilis, tiene en sus antecedentes:

Un chancro en octubre de 1918, aparecido en el frenillo, diagnosticado sifilítico y seguido del cortejo sintomatológico que no permitían duda alguna, entre los que se hallaban roseola y cefalea. Una reacción de Wassermann hecha el día 18 de octubre, dió por resultado H0, de la escala de Vernes, positivo total.

El médico doctor Delger, que lo trató, le hace una serie de 8 neosalvarsán, empezando por dosis de 0 gr. 40, hasta llegar a la dosis de 0.90 y después de breve intervalo, le hace una segunda serie de 10 neo, y tras breve descanso otra nueva serie de 9 neo, que le fué terminada en el mes de enero de 1919.

En el mes de marzo de 1919, concurre por primera vez a mi Consultorio, a fin de que lo trate de una complicación de su blenorragia crónica, y me expone la historia de su sífilis y el tratamiento hecho, pidiéndome que le indique la norma de conducta a seguir.

De acuerdo con las ideas y la orientación que seguimos habitualmente frente a un enfermo en estas condiciones, le proponemos una reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, y en caso de que fuera negativa, un examen del líquido céfalo-raquídeo y radioscópico del tórax, a fin de despistar alguna localización en el aparato cardio-vascular o en el sistema nervioso, y, en caso de que todos estos exámenes fueran negativos, continuar en observación.

Acepta el enfermo nuestra indicación parcialmente, se hace una reacción Wassermann en el suero sanguíneo, que da negativa H8, y se resiste a continuar los otros exámenes, invocando sus ocupaciones, por lo que desea una pequeña serie de inyecciones, que por cierto no las hace regularmente, y que se distribuyen así: 1.ª el día 16 V 0.30, 23 V 0.45, VI 3 0.50 y la 4.ª 21 X 0.45.

El día 4 de noviembre de 1919 viene a mi Consultorio por un lumbago y luego me dice que desde hace unos ocho días tiene una "llaguita" en el surco balano-prepucial en el dorso, que viene curando con sulfato de cobre y peróxido de zinc, sin que haya cicatrizado.

La ulceración que presentaba no tenía ningún carácter que llamara la atención, desde el punto de vista de la especificidad, los datos personales, por otra parte, inclinaban hacia la hipótesis de una ulceración a Ducrey, y le indiqué continuara el mismo tratamiento.

Cae en cama a mediados de diciembre con un ligero estado febril, gripal y me muestra después del examen unas ligeras manchas eritematosas, 3 o 4 en la pared anterior del vientre, que me llaman la atención; sin que me hubiera inclinado a diagnóstico alguno, le expreso al enfermo que si no fuera por los antecedentes y el tratamiento hecho, llegaría al diagnóstico de sífilis secundaria.

Tal cosa ocurría el 15 de diciembre, lo vi nuevamente los días 17, 19, 20 y 22, y mientras mejoraba su estado febril a tal punto que desaparecían todos los trastornos, las manchas que aparecieron en el abdomen se fueron generalizando, invadiendo los miembros superiores y el dorso, de manera que le invité a que esa misma semana concurriera a mi Consultorio para un nuevo examen, pues los caracteres de la erupción me inclinaban francamente al diagnóstico de una sífilis secundaria.

El 26 de diciembre viene a mi casa y tras minucioso examen, llego al diagnóstico de sífilis secundaria, y con unas líneas mías va a consultar a mi profesor el doctor Brito Foresti, quien confirma el diagnóstico. Una reacción de Wassermann hecha por Scaltritti da H0 positiva total de la escala de Vernes.

A las 9 inyecciones de neosalvarsán, 4 grs. 75 en total, da reacción Wassermann H8, se hace 4 neo más y tras un mes de descanso una reacción Wassermann da H8, continuando irregularmente el tratamiento.

Tal es la historia del primer caso.

En este enfermo falta el análisis microscópico de la ulceración, que hubiera puesto de manifiesto el treponema, pero no puede desconocerse que estamos frente a un caso de reinfección sifilítica, ya que sus manifestaciones aparecen dentro del plazo clásico de aparición de las manifestaciones secundarias. Me consulta en noviembre 4 por un chancro, datando de unos 10 días, y luego, a mediados de diciembre, o sean pasados más de cincuenta días de la iniciación, hace su aparición una erupción confluente, generalizada, con todas las características de una sífilis secundaria.

Observación II.—El otro enfermo es el inscripto número 670 del Dispensario; su historia clínica es sumamente demostrativa, pues algunas de las observaciones han sido hechas en el Dispensario Central, a cargo del doctor Del Campo.

En julio 8 de 1919 P. S. va al Dispensario Central con un chancro del frenillo, para hacerse una reacción Wassermann que da H8 completamente negativo. El enfermo deja pasar los días, hasta que a fines de agosto, concurre a la Clínica Dermosifilopática, donde lo ve el profesor Brito Foresti, quien diagnostica chancro mixto del frenillo, roseola discreta, haciéndose una reacción de Wassermann en agosto 26 que da H0. Comienza su tratamiento un tanto irregular. Agosto 30, 1.ª 0.30, setiembre 8, 2.ª 0.30, setiembre 15, fricciones, setiembre 20, 3.ª 0.45, setiembre 22, fricciones, setiembre 29, 4.ª 0.60, octubre 6, 5.ª 0.60, octubre 27, 6.ª 0.75. En noviembre 18, o sea, des-

pués de haber hecho 6 inyecciones, en total 3 grs. de neo arsenobenzol y 15 fricciones de pomada mercurial de 4 grs., va al Dispensario Central, donde se le hace un nuevo análisis de sangre que da H8, a los 22 días del último tratamiento. Hácese luego una nueva inyección el 22 de noviembre, de 0.75, y el enfermo desaparece de nuestro Dispensario.

En abril de 1920, mientras dictábamos el curso de Clínica Dermosifilopática por licencia del titular doctor José Brito Foresti, vuelve a la consulta con una ulceración del tamaño de una moneda de cinco centésimos, en el forro, cuyos caracteres clínicos eran los de un chancro sifilítico. Sabiendo los antecedentes del enfermo, hago el diagnóstico de reinfección sifilítica probable, y para establecerlo de un modo definitivo, lo enviamos al doctor Enrique Claveaux, quien informa que hay treponema en abundancia.

El enfermo, que había excusado su inasistencia por no haber residido en la Capital, ante nuestro diagnóstico confirmado microscópicamente, nos dice que había concurrido en ese tiempo al Dispensario Central y nos exhibe las tarjetas, que tienen las siguientes anotaciones: febrero 2 de 1919, reacción de Wassermann, H8, abril 16, con chancro, datando de 20 días, H8, abril 27, H2.

Por los Wassermann intercalares negativos, la constatación del treponema, el Wassermann que se hace positivo dentro del plazo habitual, nos confirmaba el diagnóstico de reinfección sifilítica.

Tales son los dos casos que hemos observado debidamente. Tenemos un 3.º, estudiante de medicina, pero que no fué debidamente contraloreado. Chancro del surco, en octubre de 1918, de 10 días, diagnosticado por el doctor Del Campo, treponema positivo por Scaltritti, 14 inyecciones de neosalvarsán, luego dos series más de 6 cada una en 1919. En marzo de 1920 se comprueba una exulceración del meato, con dificultad a la micción, reposando sobre base dura, y sin más demora se hace inyectar inmediatamente. Bien que sospechamos una reinoculación, no podemos afirmarlo.

En cambio los otros dos llevan bien las condiciones exigidas actualmente según Balzer para ser consideradas como tales: desde luego, primera sífilis reconocida, con su chancro inicial debidamente contraloreado y accidentes secundarios característicos; después intervalo, más o menos largo, durante el cual la cura aparente es comprobada por la clínica y los métodos biológicos. El nuevo accidente de inoculación debe ser comprobado en las condiciones siguientes: topografía del chancro nuevo, diferente de la del primero, caracteres del chancro netos, del punto de vista clínico y bacteriológico, de la incubación, de la amamnesis, adenopatía de vecindad, etc.:

además, sero-reacción negativa francamente primero, reemplazada por una reacción positiva al fin del plazo habitual. Más tarde, desarrollo de accidentes secundarios, si el tratamiento no interviene para impedirlos.

La Obs. I tiene el chancro inicial seguido de roseola, cefalea y Wassermann positivo. Después Wassermann negativo. El chancro después en otra localización y apareciendo en los plazos habituales las manifestaciones secundarias: el enfermo no fué visto durante el desarrollo de ese período, desde el 4 de noviembre hasta el 15 de diciembre.

La Obs. II tiene todas las características exigidas por Balzer para ser considerada como una reinfección sifilítica.

CONCLUSIONES

1.ª La reinfección sifilítica es posible y su frecuencia se hará mayor por estar dotados actualmente de medios de diagnóstico precoz y de un poderoso medicamento.

2.ª Las dos observaciones publicadas llenan las condiciones de una reinfección sifilítica.

¿Se cura el tabes?

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)

Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica del Hospital Maciel
Jefe adjunto del Dispensario núm. 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Leredde, en su obra sobre "La syphilis", considera la acción terapéutica sobre el tabes y sintetiza sus resultados diciendo que el tratamiento por el arsenobenzol o el neoarsenobenzol, ejerce en los tabéticos una acción curativa manifiesta, tanto del punto de vista serológico, como de las lesiones del líquido céfalo-raquídeo. Del punto de vista clínico, los síntomas, exceptuados los trastornos reflejos, se atenúan regularmente, en particular los trastornos sensitivos y motores, los más importantes de todos. Los fracasos, los resultados incompletos, se explican, en general, por un tratamiento demasiado corto; raramente en casos antiguos se puede hacer intervenir un estado de esclerosis demasiado avanzado, llegado a la faz atrófica.

Balzer dice que bien que la terapéutica del tabes no haya

dado siempre los resultados esperados, cuando es perseguida en series de curas repetidas, mejora mucho el estado de algunos enfermos, disminuye o hace cesar los dolores, restituye la sensibilidad y hace los movimientos coordinados. En algunos enfermos se ha visto reaparecer los reflejos tendinosos y pupilares, la seroreacción queda negativa, lo que traduce ordinariamente la mejoría general.

Otros autores, Nicolás entre ellos, han hecho publicaciones en la que exponen resultados extraordinarios en series de enfermos que han vuelto a marchar, sin reeducación, después de estar postrados en el lecho, y, en cambio, otros han expuesto francamente resultados malos o nulos. Gougerot desaconseja el tratamiento, porque, casi siempre, si no siempre, es ineficaz.

La observación de los enfermos que tenemos en el Dispensario nos lleva muy cerca de la opinión de Gougerot, sin ser tan radicales en su afirmación.

Debemos empezar por exponer que no todos los enfermos han concurrido regularmente a la clínica.

En dos grupos podemos dividir los tabéticos que hemos asistido: en el 1.° figuran los que se presentan con ataxia o síntomas gastrálgicos; en el 2.° los que vienen con atrofia óptica.

1.er grupo

Observación I.—G. J., 42 años, oriental, soltero. Lo vemos por primera vez en marzo de 1919. Viene a consultarnos porque su marcha se hace dificultosa.

Clínicamente se presenta como un tabes avanzado. Ataxia marcada. Romberg acentuado, al punto de no poder tenerse de pie. Abolición de reflejos. Hipotonía marcada. Argyll Robertson.

El médico le ha hecho ya 30 inyecciones de neosalvarsán a dosis pequeñas, de 0.20 centigramos semanalmente. El estado general ha ido agravándose, y como su incoordinación se hace cada vez mayor, se decide a cambiar de médico.

Su sífilis data de unos diez y ocho años atrás, habiéndose hecho tratamiento mercurial bastante regular, durante unos tres años. Después nada, hasta que hace unos dos años empezó a sentir dolores en las piernas, luego éstas se hicieron torpes para la marcha. Al principio fué tratado con mercurio, yoduro, potasio. No mejora; por el contrario, desde algún tiempo empiezan crisis gastrálgicas.

El examen clínico lleva al diagnóstico de tabes con dilatación aórtica, ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo. Desconozco el resultado de la primera punción, pero considerando el tratamiento insuficiente, empiezo a tratarlo con neosalvarsán y cianuro de mer-

curio intercalado, intermitentemente, pues se desarrolla estomatitis con facilidad.

La dosis inicial es de 0.30, llegando a la 6.ª inyección a 0.60. Como ha sido ya señalado, las primeras inyecciones, sobre todo al aumentar la dosis, produjeron exacerbación de dolores. El estado general empezó a mejorar. Las gastralgias fueron haciéndose más raras, sin abandonarlo. La marcha pudo hacerse mejor, hasta el mes de agosto de ese año. A partir de este mes, aparecen nuevos fenómenos clínicos: recrudescencia de crisis gástricas, que lo tenían postrado en cama durante dos, tres días; la marcha se hace nuevamente con dificultad; el corazón da, por insuficiencia, trastornos funcionales que obligan a recurrir a la digitalina.

El tratamiento se hace intermitente, neo a dosis de 0.30, alternando con cianuro y bibromuro de mercurio. Al comienzo del año 1920, aparece un nuevo síntoma: incontinencia urinaria.

Se le hace una punción lumbar, cuyo resultado es completamente negativo. Sin embargo, el estado general no mejora. Clínicamente progresa el tabes: las crisis gástricas se hacen más frecuentes, la marcha se hace imposible, los trastornos esfinterianos se agravan, el enfermo fallece en estado de caquexia en el mes de mayo.

Resumen.—Tabes, con ataxia y crisis gástrica, que mejora al comienzo del tratamiento, para luego ir viendo aparecer nuevos síntomas, y terminar en plena caquexia tabética.

Observación II.—Enfermo número 460. Diciembre 1917. T. A., 32 años, oriental: Sífilis hace 10 años, chancro del frenillo. Unico tratamiento: 30 píldoras Ricord.

R. Wassermann HS. Punción lumbar: H0. 95 linfocitos, albúmina positiva. Clínicamente Romberg, disminución de los reflejos aquilianos. Desigualdad pupilar. Reacción a la luz, perezosa.

Empieza a tratarse con neosalvarsán, haciéndose las primeras inyecciones regularmente. Después de 35 inyecciones, el enfermo deja de concurrir a la Clínica.

Observación III.—Enfermo número 602. S. D., 48 años, oriental. Tuvo un chancro sifilítico hace 18 o 20 años. Fué tratado con mercurio, durante poco tiempo.

Hace dos años empezó a quejarse de dolores en las piernas y sordera. En 1917, el doctor Manuel Ferrería, de Mercedes, lo examina y diagnostica tabes, por lo que le hace un tratamiento a base de neosalvarsán y de mercurio.

Cuando viene a la consulta, en marzo de 1918, se presenta con signos típicos de tabes. Romberg, abolición reflejos, hipotonía marcada, miosis, sufre de dolores fulgurantes en las piernas, que le despiertan durante la noche. Reacción Wassermann HS. Punción lumbar, reacción Wassermann HS. Linfocitos 1 mm3, None negativo. Este resultado fué contraloreado, dando otra vez lo mismo.

Como clínicamente se trataba de un tabes en evolución, con sintomatología dolorosa, se le hace tratamiento de inyecciones de neo-

salvarsán, que le exacerban sus dolores al principio. Se hacen unas treinta inyecciones, a dosis 0.50, 0.60.

Desaparece de la consulta durante cuatro meses; vuelve con sus dolores, haciéndose nueva serie de neosalvarsán de 15 inyecciones.

Reaparece a la consulta en julio de este año. No hay diferencia en el cuadro general, pero localmente tenemos un nuevo síntoma: mal perforante en el dedo grueso del pie derecho. Se le hace una inyección. El enfermo no ha vuelto.

En resumen: un tabes clínicamente, serológicamente todo negativo y que, sin embargo, está en actividad con dolores fulgurantes, que ceden con el tratamiento, que reaparecen cuando éste se interrumpe y que, en etapa más avanzada, nos da un mal perforante.

Observación IV.—Enfermo número 595. D. A., 34 años, oriental, casado. Tuvo una sífilis hace 14 años, tratándose con fricciones mercuriales durante un año.

Viene a la consulta en junio de 1919,—con el diagnóstico de tabes, punción lumbar positiva,—con pase del Dispensario número 3.

Al examen presenta el cuadro de un tabes: Romberg marcado, ataxia en la marcha, reflejos abolidos, hipotonía muscular acentuada, Argyll Robertson. Dolores fulgurantes.

Empieza su tratamiento a base de inyecciones de neosalvarsán, a dosis de 0.50 a 0.60 semanales, hasta llegar a la 53 inyección en enero de 1921, en que se le hace una nueva punción lumbar, cuyo resultado es reacción Wassermann H0, linfocitos y Nonne Apelt positiva. Se le hace una nueva serie de 20 inyecciones y la punción lumbar da reacción Wassermann H7, 2 linfocitos, albúmina ligeramente positiva. Actualmente está en tratamiento.

Hay mejoría en su estado general, pero persisten los signos clínicos que lo trajeron, menos los dolores.

En resumen: un tabes que serológicamente va mejorando, así como en su estado general. De la sintomatología han desaparecido los dolores fulgurantes.

Observación V.—R. R., 27 años, oriental. Accidente inicial hace 6 años. Tratado por el doctor Legnani con neosalvarsán y mercurio.

Actualmente se queja de dolores en el epigastrio. Al examen, pupilas desiguales, irregulares. Signo de Romberg positivo, hay disminución de reflejos aquilianos.

Reacción Wassermann, punción lumbar H0, 10 linfocitos, albúmina positiva. Comienza su tratamiento, pero al cabo de dos meses desaparece, no habiendo vuelto a la consulta.

Observación VI.—Enero 31. L. E., 32 años, oriental. Tuvo un chancro en el frenillo, hace 8 años, diagnosticado por el doctor Bordoni Posse, tratado con mercurio y neosalvarsán; a los dos años tuvo un ataque de hemiplegia que regresó completamente al tratamiento.

En 1917 empezó a tener incontinencia de orinas, consultando al doctor Nogueira, quien hace el diagnóstico de tabes vesical. La pun-

ción lumbar da reacción Wassermann H0, Nonne opalescente, 12 linfocitos. Se hace 5 inyecciones y no vuelve a consultar hasta abril de 1920, en que una nueva punción da reacción Wassermann H0, 14 linfocitos, albúmina positiva. Se le hace una serie de 65 inyecciones de neosalvarsán, y en este mes una nueva punción da reacción Wassermann H0, 4.2 linfocitos, Nonne negativo.

Serológicamente hay una pequeña mejoría. Clínicamente hay mejoría de su estado general, pero presenta los mismos fenómenos de incontinencia de orina.

2.º grupo. Enfermos con atrofia de los nervios ópticos

Observación I.—Enfermo número 113. Q. R. E., 35 años, oriental, casado. Sífilis hace 16 años, tratamiento mercurial. Actualmente, abril 1918, presenta un tabes, atrofia de los nervios ópticos.

Radicado en campaña, sólo estuvo dos semanas bajo nuestra observación.

Observación II.—Enfermo número 1080. D. J., 39 años, oriental, casado. Chancro sifilítico hace 16 años. Doctor Brito Foresti. Tratamiento píldoras de mercurio y protoioduro durante pocos meses.

Viene en mayo de 1920, con atrofia papilar doble. Comienza el tratamiento con neo, a dosis progresivamente crecientes, tolerando semanalmente la dosis de 0.70 hasta la 30 inyección. La disminución de la visión se ha ido acentuando, no distinguiendo nada.

Por intolerancia del arsénico a dosis altas, se le hace en pequeña cantidad y se le agrega tratamiento mercurial, cianuro intravenoso.

El estado general ha mejorado. Localmente no hay mejoría ninguna.

Observación III.—Número 1148. P. C., 36 años, oriental, casado. Tuvo un chancro hace 11 años, curado con tratamiento local.

Con atrofia papilar doble. Punción lumbar H0, 115 linfocitos, albúmina positiva. Empieza su tratamiento a base de neo, a dosis progresivamente creciente, a la 23 inyección tiene un empuje de eczema de origen arsenical, que obliga a suspender el tratamiento por más de dos meses. Lo reemprende a dosis pequeñas, intercaladas de cianuro de mercurio.

Persiste la ceguera.

Observación IV.—Enfermo número 1149. Julio 1920. G. M., 42 años, oriental. Chancro hace 20 años, sin tratamiento general. Actualmente atrofia papular doble.

El enfermo empieza su tratamiento, no volviendo a la Clínica.

Observación V. — Enfermo número 1150. Julio 1920. A. E., 21 años, oriental. Sífilis hereditaria, atrofia de ambas papilas. Sólo hace 4 inyecciones de neosalvarsán, yéndose a campaña.

Observación VI. — Enfermo número 1151. Julio 1920. B. T., 18 años, oriental, casada. Sífilis hereditaria tardía, atrofia de ambas

papilas, no muy acentuada, que le permite visión confusa. Empieza el tratamiento con neosalvarsán, y lo sigue con regularidad. La visión se hace más distinta.

La enferma ha recibido ya unas cuarenta inyecciones de neosalvarsán, manteniéndose la mejoría, la visión es más clara.

Una punción lumbar hecha a su ingreso dió reacción Wassermann H8. 1 linfocito. Nonne negativo.

De las 6 observaciones del 1er. grupo, dejo de lado las de este año por no tener tiempo prolongado de observación; los de la I y V no concurren a la clínica.

El de la Obs. I, a pesar de que serológicamente podía considerarse curado clínicamente, persistió durante toda su vida la sintomatología del tabes a forma gástrica, y unos cinco meses antes de su fallecimiento hicieron su aparición nuevos síntomas, trastornos esfinterianos.

A aproximar de esta observación es la Obs. III, con un cuadro de algias que se exacerban cuando se le inyecta las primeras veces, que mejora después de un largo tratamiento, para reagravarse cuando lo suspende, y que actualmente tiene un mal perforante plantar.

No son estos los únicos tabéticos que he visto en estas condiciones. Mi colega el doctor Manuel Albo me envió hace pocos meses un enfermo, Adolfo T., cuya historia clínica puede resumirse así: "chancro en 1915, tratamiento bastante intenso con neosalvarsán. En 1919, crisis dolorosas intestinales, obedeciendo a un cuadro de tabes frustro. Punción lumbar H^0, 5 linfocitos, Nonne negativo. Se le trata intensamente con mercurio y neosalvarsán. En 1921, nueva punción, que es completamente negativa.

Sin embargo, las crisis enterálgicas persisten. La influencia del tratamiento es poco notable. Hay de inmediato una exacerbación de la crisis, pero el enfermo no acusa mejoría, bien es verdad que se trata de un modo irregular.

Otro enfermo, Esp. Juan, me fué enviado por mi colega el doctor José Iraola, en junio de este año. Tuvo un chancro en 1898, que fué tratado con mercurio durante un mes, haciéndose 8 inyecciones de calomel. Actualmente y desde hace un par de años, siente intensas gastralgias, seguidas de vómitos. Hay esbozo de Romberg, hipotonía marcada. Sindrome clínico de tabes frustro. Reacción Wassermann en el suero sanguíneo, negativa. Punción lumbar, da reacción Wassermann H^8, 4 linfocitos, Nonne negativo.

El enfermo empieza su tratamiento; la 1.ª inyección le produce un intenso dolor epigástrico: las siguientes, siempre de

dosis pequeñas, las tolera mejor y su sintomatología dolorosa es menos intensa que antes del tratamiento.

Quiere decir, pues, que no siempre la cura serológica del tabes va ligada a la mejoría de su estado general. Sabemos bien que las lesiones de esclerosis, ya definitivas, no retrogradarán, pero lo interesante de estas observaciones es que obtenida una mejoría evidente, desde el punto de vista del laboratorio, clínicamente se mantienen igual; casos: Tur. Esp., o se agravan, como los enfermos de las Obs. II y IV. Gong. y Doming., el primero de los cuales fallece en plena caquexia tabética y el segundo ve agravarse su mal.

Los otros dos casos, 595 y 1031, han mejorado su estado general; el 595 está casi serológicamente negativo, pero el segundo mantiene su punción lumbar positiva y clínicamente tiene toda la sintomatología del tabes vesical, que fué diagnosticado por el doctor Alejandro Nogueira en 1917.

Y en estos casos no puede atribuirse el fracaso al tratamiento demasiado corto; por el contrario, ha sido mantenido y prolongado, en una forma que casi no ha pasado semana sin recibir medicación. Nuestra observación, aunque en limitados números de casos, nos aleja del optimismo de Leredde, de Nicolás, de Balzer; estamos más cerca de Gougerot, del cual no aceptamos la indicación de no hacer tratamiento, puesto que con él se obtiene mejoría en algunos casos sintomatológicamente y en otros del punto de vista general. Y tan útil lo consideramos, que enfermos serológicamente curados, como Esp. Tur., los continuamos tratando, con mejoría de su estado.

En el tabes a localización ocular, nuestra experiencia es completamente desalentadora. No hemos podido ni siquiera detener una atrofia papilar comenzante, como en los enfermos 1080 y 1148.

Sólo una Obs., N.° 1151, ha mejorado indiscutiblemente.

Nuestra conducta, pues, se ajusta en estos casos a lo que otros observadores aconsejan y que González Lafora sintetiza diciendo que en la terapéutica del sistema nervioso no debemos considerar como verdadera remisión, que permita un alto en el tratamiento, más que aquellas en que tanto los síntomas clínicos como los de laboratorio han desaparecido.

CONCLUSIONES

1.° El tratamiento del tabes lleva en algunos casos a la desaparición de los signos serológicos.

2.° La cura serológica no implica desaparición de la sintomatología tabética.

3.° La suspensión del tratamiento en los tabéticos serológicamente negativos puede dar lugar a aparición de nuevos síntomas.

Las alteraciones en el líquido céfalo - raquídeo

Importancia de las pequeñas linfocitosis

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)

Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica

Jefe adjunto del Dispensario núm. 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Casi todos los autores, hasta hace muy poco tiempo, consideraban, de acuerdo con el resultado de sus investigaciones, que el número de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo de un adulto normal es variable de 0 a 4, 5 y, según algunos, hasta 7. Todavía en la última edición del libro de Balzer, "Maladies Vénériennes", del año 1920, se lee lo siguiente, pág. 268: "se considera como normal la presencia de 5 a 7 linfocitos, a lo sumo, por milímetro cúbico, más de diez es patológico", y en la pág. 452: "si se comprueba una reacción positiva en estos dos líquidos — sangre y líquido céfalo-raquídeo — si hay aumento de globulina del líquido cerebro-espinal, si esta globulina reduce el licor de Fehling, si el número de células pasa la cifra de 4 por milímetro cúbico (pleocitosis), el diagnóstico de afección sifilítica del sistema nervioso está asegurado".

El análisis que comúnmente se realiza en el Laboratorio Central, sólo se limita a la investigación de esos tres elementos: reacción Wasserman, linfocitosis y albúmina, — no practicándose, sino de un modo excepcional, la reacción de Noguchi, y no haciéndose la reacción del oro coloidal, a la que tan grande importancia dan los autores americanos, y cuya práctica sistemática nos hubiera, probablemente, dado mayor valor a las pequeñas linfocitosis, motivo de este capítulo. A esos tres elementos se les llama entre nosotros triada de Vernes, bien que antes que este autor, Ravaut, Widal, Sicard, hayan llamado la atención sobre la hiperalbuminosis y la linfocitosis que traducen los procesos sifilíticos nerviosos, y Nonne

haya tenido el mérito de agrupar a éstas, la reacción de la sangre, haciendo el estudio sistemático de las *cuatro reacciones*.

Nuestra observación sobre un número limitado de casos, unas doscientas punciones lumbares, nos ha llevado a considerar como el máximo normal, menos dos por mm. cc., alrededor de 1 a 1.5, única cifra con la que no hay alteración clínica alguna; criterio que tuve oportunidad de exponer durante el interinato del primer semestre escolar de 1920, en que, por licencia del profesor doctor Brito Foresti, tocóme dictar la cátedra dermosifilopática.

Ese criterio es concordante con el de otros autores: Lacapere sostiene que el número de linfocitos no debe exceder en un individuo normal, de 1 a 1.5 linfocitos por mm. cc. Habiendo más de tres, hay reacción meníngea cierta. Gougerot, en su libro "La Syphilis en clientèle", de 1921, sostiene que normalmente un milímetro cúbico contiene 1 a 1 1|2 leucocitos, raramente dos; más de dos el líquido es anormal. Jeanselme y Chevallier describen una leucocitosis de alarma, 2-4, sin modificación química. Long, de Ginebra, va aún más allá, y considera que no debe aceptarse más de 0 y fracción como normal.

Véase el resultado de nuestras investigaciones. En este haremos en diversos grupos: *a)* enfermos sin antecedentes; *b)* enfermos con chancros no diagnosticados sifilíticos; *e)* enfermos sifilíticos tratados con mercurio; *c)* sífilis secundarias; *d)* sífilis terciarias; *f)* enfermos sifilíticos tratados con mercurio y arsenicales; *g)* enfermos tratados con arsenicales; *h)* enfermos con localización clínica: tabes, paraplegias, etc.

A) Enfermos sin antecedentes

Enfermos	R. W. sangre	P.L. R. W.	Linfocitosis	Albúmina
Am. Isabel, crisis lacrimales	HS	HS	0.1	**negativa**
Ram. Asunción	HS	HS	0.5	"
Mat. Isabel	HS	HS	0.8	"
Dup. Raúl, neuritis cubital .	HS	HS	0.8	"
Log. Isaías, ectima . . .	HS	HS	1.1	"
Del. Enrique	HS	HS	1.2	"
Lop. Alfredo, neurastenia .	HS	HS	0.4	"
Sant. Antonio	HS	HS	1	"
Barb. Gabriel, trombosis vena retina	HS	HS	3.2	"
Vis. Rom., impotencia . .	HS	HS	7	"

Enfermos	R. W. sangre	P. L. R. W.	Linfocitosis	Albúmina
Nor., algias	H8	H8	8	negativa
G. Laur., impotencia blenorr.	H8	H8	1	,,
Del R. Juan, cefalalgia . .	H8	H8	2.6	,,
Rom. Matilde, epilepsia . .	H8	H8	2.2	,,

Sobre estos 14 casos sólo hay 5 que tienen un aumento de linfocitos, leucocitosis de alarma en 3 casos, uno con epilepsia, otro con cefalalgia, éste que sigue su tratamiento bajo nuestra dirección, con evidente mejoría. Dos con linfocitosis mayor, 7 y 8, a los cuales he sometido al tratamiento con gran resultado, en el de las algias y con mejoría para el enfermo de impotencia.

B) Chancros no diagnosticados sifilíticos

Enfermos	R. W. sangre	P. L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Besp. Benigno	H8	H8	1.1	—
Pen. Isaac, cefalalgia. . .	H8	H8	4	—
Mart. Juan Fco.	H8	H8	0.8	—
Castro José	H8	H8	1.6	—
Rev. Antonio	H8	H8	1.6	—
Ter. Laureano	H8	H8	1	—
Etch. Manuel, cefalalgia . .	H5	H8	2.1	—
Sil. Juan	H8	H8	0.8	—
Ant. Carlos	H8	H8	0.8	—
De A. Fco., algias	H8	H8	3	—
Cor. Gregorio	H8	H8	0.8	—
Mont. Antonio	H8	H8	1	—

En los enfermos que registran chancros en sus antecedentes patológicos, el análisis da, sobre 12 casos, 3 con una linfocitosis de las llamadas atenuadas, y esos tres enfermos sufren de trastornos, generalmente cefalalgias, que ceden al tratamiento antisifilítico.

C) Enfermos en período secundario

Enfermos	Diagnóstico	R. W. sangre	P. L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Rodr. Flavio . .	Sífil. sec. disc.	H0	— H8	0.8	—
Dot. Angel. . .	,, conf.	H0	— H8	11.2	—
Mat. Pablo. . .	,, disc.	H0	— H8	4	—
El. Manuel. . .	,, disc.	H0	— H8	1	—

Enfermos	Diagnóstico		R.W. sangre	P. L. R. W.	Linfocitosis	Albúmina
Ar. Fco. . . .	Sífil. sec. conf.		H0	— H8	3	—
Ma. Juan . . .	”	disc.	H0	— H8	1.6	—
Kim. William . .	”	conf.	H0	— H8	0.8	—
De L. Juan. . .	”	conf.	H0	— H0	302	+
Per. Maximiliano .	”	disc.	H0	— H8	0.8	—
Etch. Francisco .	”	disc.	H0	— H8	0.8	—
Ol. Miguel . . .	”	disc.	H0	— H8	0.8	—
Pis. Ernesto . .	”	disc.	H0	— H8	9	—
Card. Félix . .	”	conf.	H0	— H1	52	—
Nic. José . . .	”		H0	— H8	40	—

En total, sobre 14 casos, hay 2 con reacción Wassermann positiva total, H^0, H^1, linfocitosis 302 y 52, y sólo uno con albúmina ligeramente positiva, 5 con reacción linfocitaria. De esos enfermos sólo concurren actualmente El. Manuel, quien, después de 20 inyecciones de neosalvarsán, se presentó con una cefalalgia intensa, dando a la punción lumbar 720 linfocitos, H^0 y albúmina positiva; Kim. William, que ha seguido su tratamiento, 20 inyecciones de neo, reacción Wassermann durante 9 meses negativa, que acaba de repetir su punción lumbar dando H^8, 2 linfocitos; Ol. Miguel, que presenta alternativas en su reacción serológica, H^0, 20 neo. Reacción Wassermann H^8, para hacerse H^0 a los pocos meses, y Pis. Ernesto, que aún hoy, después de 47 neo, presenta un H^0.

Esta pequeña estadística de casos en período secundario, — concordante con la de otros autores, — demuestra que un cincuenta por ciento de los sifilíticos tienen ya su líquido céfalo-raquídeo con alteraciones, que traducen una invasión del sistema nervioso por el treponema, localizándose en el parenquima para dar tardíamente tabes, P. G., o bien, fijándose en las paredes del vaso, dan reacción linfocitaria, como lo sostuvo Sicard en la Sociedad Francesa de Neurología en julio de 1920. Y esta comprobación tiene una importancia extraordinaria en lo que se refiere a la dirección y orientación del tratamiento desde su iniciación.

En efecto: dos de los enfermos, que tenían una discreta linfocitosis, se presentan sumamente rebeldes al tratamiento, y uno de ellos con Wasserman H^8 en el suero sanguíneo, tiene una reacción meníngea formidable. En cambio, uno de ellos, después de diez meses sin tratamiento, tiene su Wassermann H^8 y la punción lumbar nos da sólo 2 linfocitos por mm. cc.

Biglaud aconseja el empleo inmediato de la punción lumbar en todos los casos en que existan síntomas nerviosos.

La punción es aconsejada por muchos sifilógrafos como diagnóstico de la sífilis precoz.

Stuart cita casos de complicación cerebral 9 semanas después del tratamiento, y 11 semanas después de la aparición del chancro.

Scott y Pearson creen que el treponema invade el sistema nervioso desde los primeros momentos y que puede ser reconocido por medio del líquido céfalo-raquídeo.

Morrison cree que el sistema nervioso puede ser comprometido desde los primeros momentos sin encontrar signos y síntomas definidos.

Mc. Iver encuentra una discreta linfocitosis.

Fildes, Parnell en 624 casos de sífilis, la mayoría en los comienzos, encuentra solamente una linfocitosis en 18 o|o (ligera de 6 a 9 células), en un 12 o|o. En 168 de sus casos con sífilis primaria, 15 mostraron linfocitosis moderada, y 17 casos de linfocitosis dudosa.

Ravaut sostiene la necesidad de hacer una punción lumbar dentro de los primeros cuatro años de enfermedad, de acuerdo con los resultados de su estadística. Nosotros, que tratamos intensamente en su comienzo la sífilis con los arsenicales, haciendo series no menores de 15 inyecciones, hemos podido comprobar, en una cantidad de enfermos, un resultado positivo en la punción lumbar, en enfermos que, resistiéndose a la punción, llevan durante meses, tras un resultado negativo en el suero sanguíneo, un líquido positivo, sin que se convenzan, por los argumentos que se le hacen, de la importancia y de la necesidad de la punción.

Si se piensa en ese porcentaje tan elevado de reacciones en el período secundario y se tiene en cuenta que la medicación llega difícilmente al canal raquídeo, se comprenderá que para poder establecer de un modo más exacto el porvenir de un sifilítico, deberá hacerse en el momento del diagnóstico los exámenes necesarios, sangre y punción lumbar, y en los casos en que ésta traduzca lesión nerviosa, deberá tratársele intensamente y por largo tiempo. De lo contrario, con Wassermann negativo sólo en la sangre, no puede decirse cuándo ni por qué deberá empezarse el tratamiento, ni por cuánto tiempo deberá prolongársele, ni si deberá ser más o menos intenso, sin que, por otra parte, como lo sostiene Ravaut, pueda dejarse a un enfermo en esas condiciones y sin tratamiento.

Existe el temor de abrir paso con más facilidad al treponema al hacer la punción, lesionando los vasos con la aguja, y de ahí que muchos autores sostengan que es peligrosa y aún mismo perjudicial una punción en pleno período secundario. Pues bien; aceptando como real esa suposición, nosotros consideramos que es necesario practicar la punción lumbar cuando, a raíz de una o dos series de medicación, se obtenga un análisis de sangre negativo. De este modo se evita el peligro real o supuesto de sembrar de espiroquetes el líquido céfalo-raquídeo, y se consigue establecer si hay o no alteración en el líquido y, por tanto, regular el tratamiento aún para aquellos que, a pesar del empleo de los arsenicales, consideran necesario tratar durante tres o cuatro años todo sifilítico.

D) Sífilis terciaria

	R. W. sangre	P. L. R. W.	Linfocitosis	Albúmina
Silv. Fea.	H0	H0	5	ligeramente posit.

Un solo caso con lesiones cutáneas cicatrizadas, con reacción Wassermann y punción lumbar positivas.

E) Sífilis tratadas con mercurio

	R.W. sangre	P.L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Heb. Juan, impotencia . .	HS	HS	3	ligt. opal.
Bad. Pedro, cefalalgia . .	HS	H8	3	—
Art. Enrique	H8	HS	0.8	—
Sanc. Andrés, cefalalgia .	H8	H8	2.4	ligt. opal.
Caraf. Ulises, dilat. aórt. .	H8	H8	0.8	—
Pet. Sebastián	H8	H8	1	—
Ons. Jacinto	H8	HS	1.2	—
Al. Domingo, dil. aórt. . .	H8	HS	0.8	—
Etc. Fernando	HS	H8	0.8	—
Canep. Paula	HS	HS	0.8	—
Bl. Santiago	H8	H8	0.8	—
Cames Adolfo, impotencia .	H8	H8	5.2	—
Pomp. Tomás	H8	H8	1.6	—
Sil. Emilio	H8	H8	1.3	—
Vill. Pedro	H8	H8		

Son 15 casos, de los cuales sólo 4 tienen discreta alteración linfocitaria; dos con aumento de albúmina y los cuatro tienen trastornos o síntomas, consistentes en cefalalgia o impotencia, que mejoran bajo la influencia del tratamiento.

E) Sífilis tratadas con mercurio y neo

	R.W. sangre	P.L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Balc. José M.	H8	H8	1.1	—
Joa. Sebastián	H8	H8	1.1	—
Abrah. Chus	H8	H8	1	—
Mont. José	H8	H8	0.8	—
Rod. Antonio	H8	H8	1	—
R. Hernando	H8	H8	1	—
Kl. Carlos	H8	H8	0.8	—
Ariz. Edmundo	H8	H8	0.8	—
Pard. Serafín	H8	H8	0.8	—
Alv. Joaquín	H8	H8	1	—
Alb. Arturo	H8	H8	1	—
Kucien. Isaac	H8	H8	1	—
Mont. Juan P.	H8	H8	1	—
Per. Demetrio	H8	H0	40	+
Fiu. Carmelo	H8	H8	0.8	—
Buo. Lorenzo	H8	H8	1.2	—
Dom. Bernardino . . .	H8	H8	1.6	—
Dar. Antonio	H8	H8	1	—
Sem. Héctor	H8	H8	0.6	—
Pomp. Isabelino	H8	H8	1	—
Mont. Raúl	H8	H8	2.5	—
Vac. Eifin	H8	H8	1	—
Bouz. Alfredo	H8	H8	0.6	—
Mend. Miguel	H0	H8	1	—
Gon. Felipe	H8	H8	1	—
Kob. Pedro	H8	H8	1.2	—
Nay. Enrique	H8	H3	0.8	—
Mor. Feliciano	H8	H8	0.8	—
Fig. Selims, enc. letárg. . .	H8	H8	3	—
Ber. Pedro	H5	H8	1	—
P. Alberto	H8	H8	1.1	—
Vier. Francisco	H8	H8	0.6	—
Bar Alejo, mareos . . .	H8	H8	3	—
Gar. Venancio	H8	H8	0.1	—
Ros. Juan, algias. . . .	H8	H8	4	+
Mar. Belisario	H8	H8	1.2	—
Oli. Mario	H8	H8	0.8	—
Far. José	H8	H8	S	—
Cam. Avelino	H8	H8	1	—
Ferr. Pedro	H8	H8	1.2	—
Al. Heriberto	H8	H8	0.8	—

	R. W. sangre	P. L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Perd. Juan	H8	H8	0.2	—
Ben. Silverio	H8	H8	1	—
Pas. Angel	H8	H8	1	—
Lert. José	H8	H8	0.8	—
Clap. José	H0	H8	2.2	—
Ort. Rafael, cefalalgia . .	H8	H8	2.4	—

En total 48 casos, sobre los cuales hay dos que tienen reacción positiva, y 15 presentan reacción leucocitaria pequeña, y todos ellos con sintomatología clínica muy discreta, menos Clap. Este enfermo desde 1918 ha concurrido intermitentemente a la clínica para el contralor de su reacción serológica, la que después de más de 2 años de sero-reacciones negativas, se hace positiva total, debidamente contraloreada.

G) Enfermos tratados con arsenicales

	R.W. sangre	P.L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Rod. Avelino	H4	H0	1.0	+
Quir. Fca.	H0	H8		
Gonz. Isidro	H8	H8	0.8	—
Mart. Josefa	H8	H8	0.4	—
M. Alfredo (c)	H8	H8	2.1	—
M. Alfredo (c)	H8	H8	2.1	—
Sanch. José	H8	H8	1	—
Cast. Fdco.	H8	H8	1	—
Cog. Pedro	H4	H8	1	—
Más Ignacio	H0	H8	1.2	—
Fu. Sebastián	H8	H8	1	—
Marcos Pir.	H8	H8	0.8	—
Cob. Aníbal	H8	H8	0.8	—
Ven. Rosa	H8	H8	0.8	—
Gom. Samuel	H8	H8	0.4	—
Rach. Melchor	H8	H8	4	—
Mend. Margarita . . .	H8	H8	3.2	—
Gar. Josefa	H8	H8	6.9	+
Maur. María	H8	H8	1.0	—
Gom. Alej.	H8	H8	1.2	—
Fle. Alfredo	H8	H8	1	—
Igar. Pablo	H8	H8	1.6	—
Nic. Francisco	H8	H8	3.2	—
Vil. Felipe	H8	H8	0.8	—
Bar. Domingo	H8	H8	0.8	—
M. Emilio	H8	H8	1.2	—
Kim. William	H8	H8	2	—
Lar. Gregorio	H8	H0	30	—

De los 27 enfermos tratados exclusivamente con arsenicales, 2 (Gom. Alej. y Fl. Alfredo), tenían sólo accidente inicial con reacción Wassermann H^8, 2 con sífilis terciaria (Quir. Fco. y Mas. Ignacio), los dos a comienzo ignorado y con Wassermann H^0 en el suero sanguíneo, sin alteración raquídea. Dos tienen Wassermann intermediario, H^4, H^5, como hemos visto en casos en que hay reacción raquídea, pero aquí sólo uno tiene punción lumbar positiva.

En total 2 tienen Wassermann H^0 y linfocitos, y 6 presentan una discreta linfocitosis. De entre estos, dos han tenido su accidente inicial labial (Rod. Avelino y Mau. María), y uno de ellos, Gar. Josefa, tenía una iritis, cuya reacción Wassermann en la sangre es H^8; y en el líquido da H^8, 6.9 linfocitos y albúmina ligeramente positiva.

H) Enfermos con localización cerebro-medular

	R. W. sangre	P.L. R.W.	Linfocitosis	Albúmina
Mar. Fco. P. G.	H0	—	24	—
Doming. Santiago, tabes . .	H8	—	1.1	—
Capca. Demetrio	H8	—	1	—
Fort. Félix	H8	—	0.8	—
Turp. Adolfo, tabes . . .	H0	—	5	—
Lagom. Emilio, tabes . .	H0	—	1.2	—
Tag. Antonio, tabes . . .	H0	—	95	—
Bal. Teodoro, a. papilar . .	H8	—	1	—
Des. Dante, hemipl. . . .	H8	—	1.2	—
Rod. Juan A.	H8	—	4	lig. positiv
Rodr. Rufino, tabes . . .	H0	—	10	lig. positiv
Giamp. Domingo	H0	—	3	—
Urn. Julián, P. G. . . .	H0	—	5	—
Di. Con. Rafael, H. . . .	H8	—	1	—
Juan Gonz., tabes	H8	—	1.2	—
Di. Antonio, tabes . . .	H0	—	5	—
Colg. Cayetano, tabes . .	H0	—	6	—
Ris. Margarita, tabes . .	H8	—	0.6	—
Dor. José, tabes	H0	—	72	—
Per. Amancio, P. G. . . .	H0	—	0.6	—
Cast. Domingo, paraplegia .	H3	—	2	—
Paol. Cósimo, tabes . . .	H0	—	115	—
Gin. Félix, tabes	H0	—	1.0	—
Cazz. José	H0			
Mart. Mario, P. G. . . .	H0	—	144	—

	R. W. sangre	P. L. R. W.	Linfocitosis	Albúmina
Muel. Pascual	H0	—	320	—
Esp. Juan, gastr. tabes . .	H8	—	4	—
Stef. Antonio, tabes . . .	H0	—	3.1	—
Bold. César, tabes . . .	H8	—	2.2	—
Sos. Sebastián, tabes . . .	H8	—	2.2	—
Mor. Artigas, tabes . . .	H0	—	1.6	—
Zemb. Luis, tabes . . .	H0	—	1.0	—
Colm. José	H0	—	1.0	—
Lep. Vicente, paraplegia. .	H8	—	1.4	—
Garc. Cond. José	H8	H8	5	—
Ol. Fco., tabes	H8	—	11	—
Per. Demetrio	H8	—	52	—

En los enfermos cuyo sistema nervioso está tomado, tenemos 2 hemiplégicos, los dos negativos. Hay 18 que presentan un sindrome completo o frustro de tabes y, entre ellos, 6 de reacciones limitadas y nulas. Así Dom. Santiago, Gonz. Juan, Ris. Margarita, Esper. Juan, Bold. César, Sos. Sebastián, tienen H^8, albúmina negativa y, a lo más, 4 linfocitos. Hay dos paraplegias: Lerp, que da completanmente negativo después de un largo tratamiento, y Castel. Domingo, que da H^3, 2 linfocitos y albúmina positivo.

Con sindrome constituído por trastornos de la memoria, disartria, desigualdad pupilar, en una palabra, de P. G., en su comienzo, Mar. Fco., Urn. Julián, Per. Amancio, Mart. Mario, dan la tetrada positiva, dos de ellos con muy discreta linfocitosis y en los demás, que tienen un cuadro de mareos, pérdida de memoria, ataques epileptiformes, cambio de carácter notado por los que los rodean, da completamente positivo, y en algunos, ya en tratamiento, que da sólo una ligera linfocitosis.

¿Cuál de esos elementos desaparece primero con el tratamiento? No es posible sacar conclusiones: se ve en Bon. Pedro que desaparece todo a la vez, en Gar. Conde que desaparece Wassermann y albúmina, en Carz. José que se reduce el Wassermann y la linfocitosis, en Di. Antonio que disminuye el Wassermann y la linfocitosis, en Lag. Emilio que sólo desaparece la albúmina. No hay, pues, una regla fija.

De la observación de estas punciones lumbares se ve que cuando la linfocitosis alcanza a 2, los enfermos presentan trastornos, muchas veces dolores, especialmente en la región occipital: hay que estimar esa cifra como una leucocitosis de alarma, y si el enfermo tiene antecedentes de sífilis, se está

obligado a tratarlos. Esos trastornos desaparecen con el tratamiento.

De los enfermos sin antecedentes o con chancros no diagnosticados sifilíticos, que se presentaron a la consulta con algunos trastornos, sólo Vis. Romano, Nord. y De R. están bajo nuestra observación y los tres mejoran de sus síntomas, pero aún es prematuro querer sacar conclusiones.

CONCLUSIONES

1.° La linfocitosis normal del líquido céfalo-raquídeo es inferior a dos por mm. cc.

2.° Todo sifilítico que tenga un mínimum de 2 linfocitos debe ser tratado y repetida su punción lumbar.

3.° En enfermos sin antecedentes y con algunos trastornos, algias. impotencia, que tienen discreta reacción linfocitaria, se está autorizado a hacer un tratamiento de prueba.

4.° Una linfocitosis ligera con Wassermann H^8 y sin presentar síntomas clínicos, no autoriza el tratamiento antisifilítico.

5.° La punción lumbar debe practicarse en todo sifilítico secundario a raíz de la primera reacción de Wassermann negativa, para orientar la terapéutica según su resultado, pues de ese modo se evita, por una parte, el temor de abrir fácil paso a los espiroquetes en pleno período secundario, y, por otra, que durante ocho meses, tras un Wassermann negativo en el suero sanguíneo, evolucione un proceso nervioso.

Sífilipsiquismo

(Sindromas neuropsíquicos de la sífilis)

POR EL DR. NICOLÁS V. GRECO (Buenos Aires)

Prof. suplente de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

Profesor encargado del curso de Clínica sifilográfica para el doctorado en Odontología de la misma Facultad.

(Trabajo leído por el doctor Neocle Ragusin)

Llamo SÍFILIPSIQUISMO *al conjunto de signos neuropsíquicos que caracterizan la acción de la sífilis en el organismo y que no han sido incluídos en ninguno de los estados nerviosos (afecciones cerebrales, medulares, etc.), ya descriptos, pero*

que son manifestaciones de los llamados estados de conciencia, características de la personalidad: CARACTERIZAN LA ANORMALIDAD HUMANA *que he hecho notar en el capítulo I.*

Así he definido los sindromas sífilopsíquicos en mi reciente obra "¿Tengo yo sífilis?", (1) y al insistir sobre él en tan breve tiempo después de esa publicación, en las sesiones de este Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, lo hacemos con el propósito de recalcar sobre su importancia desde múltiples puntos de vista, teniendo en cuenta, sin embargo, los límites de tiempo que son de regla en estas comunicaciones.

1.° El sífilipsiquismo explica la enorme difusión de la sífilis en los numerosos casos en que el cuerpo o sea el sistema orgánico vegetativo aparece poco o muy poco, casi levemente afectado durante años y años en los sujetos que llevan sífilis adquirida ignorada o aparentemente curada y sífilis hereditaria.

2.° Aclara una cantidad de fenómenos y situaciones individuales, familiares, sociales, nacionales e internacionales, cuya explicación no puede encontrarse bien clara en otros factores accesorios, accidentales o coadyuvantes o simultáneos (como ser acción del ambiente, factor económico, costumbres, intoxicaciones, infecciones, transmisión hereditaria de estas últimas, etc.).

3.° Quita a la sífilis el carácter exclusivo de enfermedad infectocontagiosa crónica del individuo para transformarla en la enfermedad universal por excelencia, en la enfermedad de la vida de relación, en la enfermedad de la civilización.

4.° El sífilipsiquismo es la mejor demostración de la antigüedad de la sífilis; ella no es la enfermedad americana como se ha dicho, ni la enfermedad europea como se afirma, ni la enfermedad asiática o africana asiento de la civilización primera de los pueblos que han conservado historia: es la enfermedad de todos los tiempos vividos, porque hemos dicho es la enfermedad de la civilización y porque es la enfermedad inherente o inseparable de la multiplicación de la especie.

5.° El sífilipsiquismo obliga a modificar nuestros conceptos sobre moralidad, educación, valor de ciertas costumbres e interpretación de las ya legisladas, de manera que las relaciones civiles entre personas y entre cosas, así como las resolu-

(1) Nicolás V. Greco.– «¿Tengo yo sífilis?—Librería El Ateneo». Un tomo. Buenos Aires, 1921.

ciones penales exigen un mejor estudio de la naturaleza de lo que consideramos normalidad y anormalidad humanas que han de conducir al tratamiento individual y al tratamiento colectivo de las personas, tomando previamente por base la curación médica del individuo, a la que se asociará la educación por el ejemplo, el estudio y el trabajo. Limitándonos a una de las múltiples fases de estos problemas del hogar y de la sociedad, diremos en lo que atañe al sistema del aislamiento y de la reclusión penales, que éstos han de tener con el tiempo el mismo valor que hoy damos al aislamiento y a la reclusión del demente como medio de defensa de uno de los tantos extremos a que llega la anormalidad humana. Como hemos dicho en la obra citada (pág. 36) y lo repetimos: "Al jurisconsulto juez, habrá que acoplar en adelante, no como elemento accesorio, sino como elemento dirigente, al médico juez y al médico educador y previsor".

Pero, ¿es que existe realmente un sífilipsiquismo tal como lo hemos definido?

Sí, existe.

Hay un sifilipsiquismo con sindromas neuropsíquicos múltiples, que en neurología y psiquiatría, por ejemplo, se estudia conjuntamente con las alteraciones orgánicas sensitivas y motoras, y que podríamos dividir en: 1.°, SINDROMAS SÍFILOPSÍQUICOS VOLITIVOS, es decir, que afectan la voluntad; 2.°, SINDROMAS SÍFILOPSÍQUICOS AFECTIVOS O SENTIMENTALES; 3.°, SINDROMAS SIFILOPSÍQUICOS INTELECTUALES, susceptibles ellos mismos de subdividirse en sindromas menores, o de combinarse en sindromas mayores, que constituyen y han de constituir, en el andar del tiempo, capítulos interesantísimos de Patología médica, de Psicología, de guía para el Derecho. Las diversas encefalopatías, mielopatías, las endocrinopatías uni o pluriglandulares originadas por la sífilis vienen acompañadas de dichos sindromas sifilopsíquicos. La mayor intensidad o la máxima atenuación que sufren dichos sindromas según las regiones afectadas en el cerebro, la médula y las glándulas endócrinas y exo-endócrinas, explican perfectamente las modalidades psíquicas de cada sujeto. Ahora bien: supongamos igualmente que los sindromas sensitivos y motores (hipersensibilidad, anestesias, algias, abolición o exageración de los reflejos, atrofias musculares, etc.), se atenúen de tal modo, que sean casi inobservables o no aparentes, y queden solamente predominantes las manifestaciones psíquicas de la persona, habremos de hecho constituído *a priori* y demos-

trado la existencia del sífilipsiquismo, tal como lo hemos definido.

En este sifilipsiquismo con sindromas puros neuropsíquicos de sífilis, independientes de toda alteración visible o clara de la esfera nerviosa motriz y sensitiva, incluímos nosotros en una clasificación provisoria, aún cuando insuficiente desde el punto de vista de la psicopatología, los SINDROMAS SIFILOPSÍQUICOS VOLITIVOS, LOS AFECTIVOS O SENTIMENTALES Y LOS INTELECTUALES QUE CARACTERIZAN LA PERSONALIDAD PSÍQUICA DE CADA CUAL, la cual sufre exageraciones o depresiones totales o unilaterales, o asociadas las unas a las otras, y que el ambiente, la moral, la educación o la ciencia, ha clasificado como *genialidades, virtudes, vicios, atrasos, degeneración, delincuencia, anormalidad.*

Entre otros, y como ejemplo, enumeraremos entre los sindromas sífilopsíquicos puros, todos aquellos que a menudo se nos aparecen sobrepasando los límites de ese término medio que llamamos normalidad, y que indican una desviación desfavorable para el individuo que los acusa. Así serían: la ambición, la avaricia, el coraje, la crueldad, el desorden, la prodigalidad, la pusilanimidad, la baladronada o fanfarronada, el despotismo, la tiranía, la traición, la deslealtad, la rapiña, el egoísmo, la fuerza, la infidelidad, la injuria, la hipocresía, la intemperancia, la intolerancia, la irritabilidad, la licencia, la maledicencia, la lisonja, el lujo, la perversidad, la mentira, la amenaza, la burla, la mofa, el desprecio, la ofensa, el orgullo, el miedo, el ocio, el pesimismo, la haraganería, el abuso, la apatía, la inconducta, el suicidio, la concupiscencia, la adulación, la afectación, la aflicción, la calumnia, el castigo, el desengaño, la desesperación, el desprecio, la desigualdad, la enemistad, el reproche, el vituperio, el odio, la pena, los celos, la inconstancia, la presunción, la indiferencia, el error, el engaño, la trampa, la inexperiencia, el escepticismo, la incredulidad, la astucia, el desdén, el abuso, la disimulación, el desgano, la taciturnidad, la timidez, la indolencia, la pereza, la ingratitud, la envidia, la ligereza, la malignidad, la perversidad, el aburrimiento, la obstinación, etc., y otros estados de la conciencia psíquico-patológica que, como dijimos, se estudia entre los sindromas de las afecciones nerviosas cerebro-medulares y simpáticas.

Opónense a estos sindromas otros que exaltan favorablemente las cualidades individuales y favorecen el bienestar y la belleza de la vida del hogar y de la sociedad, cuya enumeración nos parece inútil en este momento, y solamente nos co-

rresponde hacer notar que algunos de estos sindromas favorables se asocian a los desfavorables de la personalidad del sujeto, y de allí la existencia de nuevos sindromas asociados, que evidentemente son explicables mirando bien la etiología de estos sindromas sífilopsíquicos puros.

Sobre esta *etiología*, hemos dicho en nuestro reciente libro citado (pág. 33): "hay regiones en el cerebro que se excitan o proliferan más que otras, o bien que quedan normales o también se deprimen o desarrollan menos. Tal es la razón de lo que consideramos en cada individuo, motivo de cualidades o de defectos". Agregaremos: la causa de este estado del cerebro debemos buscarla, sea en una acción directa del germen de la sífilis sobre la actividad de los elementos celulares nerviosos, sea en una acción indirecta a distancia, actuando, por ejemplo, la espiroqueta en otros órganos y tejidos, aumentando o disminuyendo las secreciones de éstos, que puedan tener, como sucede especialmente en las glándulas a secreción interna (tiroides, cápsulas suprarrenales, hipófisis, testículos, ovarios, etc.), una acción trófica o bioquímica y energética más electiva sobre la nutrición de las células cerebrales y de los otros elementos del resto del sistema nervioso (médula, nervios, simpático).

La comprobación de sindromas neuropsíquicos puros en un individuo, significa evidentemente un campanazo de alarma para investigar la sífilis en él con el examen de los antecedentes personales y familiares y un examen cuidadoso de la piel, de la boca, de los huesos, de los órganos internos, de los órganos de los sentidos y del mismo sistema nervioso que pueden hacernos descubrir síntomas atenuados o leves de sífilis y si esta circunstancia se realiza, podemos casi tener la certidumbre y opinar que los sindromas neuropsíquicos puros encontrados responden a verdaderos sindromas sífilopsíquicos.

Corresponde insistir en tales elementos de juicio, para el diagnóstico de la sífilis latente o ignorada, adquirida o heredada, porque muy a menudo vése el caso de distinguidos colegas y especialistas titubear o negar un diagnóstico de sífilis, hasta que una parálisis general progresiva o una hemiplegia o un estado demencial o una muerte fulminante vengan a comprobar un diagnóstico que ya no tiene valor ni sentido, debido a que poco o nada puede hacerse en favor del enfermo si sobrevive. Por eso hemos dicho en nuestra obra ya citada (pág. 36): "Lo que he llamado sífilipsiquismo, o sea el conjunto de signos neuropsíquicos patológicos de los llamados estados de conciencia, deberían entrar francamente a formar

parte de la patología médica en el diagnóstico, porque conocidos y curados éstos o mejorados convenientemente, desde la edad más temprana posible, evitaríanse males mayores o irreparables. El tratamiento de ese estado o de sus signos debe ser especialmente médico y no exclusivamente moral o religioso o educativo o legal, como se lo ha pretendido hasta con resultados precarios o muy lentos, como bien lo demuestra la lectura de la historia y la vida social''.

Hemos esbozado el sífilipsiquismo, encuadrándolo dentro del horizonte médico sin las especulaciones psicológicas a que se presta, y precisamente una de las consecuencias prácticas de su conocimiento estriba en que por doquiera vemos la materia actuando sobre la energía y en este caso sería el organismo material claramente alterado por el germen de la sífilis, actuando sobre el psiquismo, una de las formas de energía que desarrolla ese organismo, que se altera, a su vez, porque así lo está la materia que le da origen.

Concluiremos citándonos nuevamente (obra citada, pág. 32): ''La sífilis, cuyas características salientes son de evolución lenta y crónica, con reagudecimientos a repetición, de localización frecuentísima en el sistema nervioso, de transmisión casi fatal, cuando no es tratada, a generaciones sucesivas, es la enfermedad por excelencia, que trastorna el estado fisiológico y, por consiguiente, el psíquico, creando una especie de nueva personalidad en el hombre y en la mujer que transforma o trastorna perjudicialmente al individuo, al hogar y a la sociedad. Tales caracteres la distinguen en absoluto de todas las otras enfermedades y es por eso que es un substracto pernicioso de la civilización''.

Para terminar, cabe decir: el sífilipsiquismo constituye, tal vez, el elemento revelador más típico de la sífilis; es generalmente el factor predominante en el substracto de la anormalidad humana y su profilaxis está en el tratamiento temprano de la enfermedad.

Contribución al estudio de las reacciones meníngeas en los primeros tiempos de la sífilis

POR EL DR. MÁXIMO HALTY (Montevideo)

Médico del Sifilicomio Nacional. Médico del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Las reacciones de Wassermann a que alude este trabajo, han sido hechas por el señor A. Scaltritti, a quien agradezco vivamente su eficaz colaboración.

Este estudio ha sido efectuado en enfermos del Pabellón "Germán Segura", local de reclusión obligatoria de meretrices en período de contagio, por lo cual el tratamiento a que han estado sometidas es breve. Como se trata de enfermas jóvenes, sin taras orgánicas, y por apremio de tiempo, se hallan sometidas a tratamiento mixto, del cual no somos partidarios, cuando nuestra conducta no esté condicionada por circunstancias extramedicales.

Las reacciones meníngeas en las afecciones nerviosas provocadas por la sífilis son perfectamente conocidas y han entrado ya en la clase de los conocimientos definitivos.

Por lógica, los espíritus científicos trataron de remontarse en la cronología de dichos accidentes y de buscar el génesis de los mismos.

Estamos actualmente en dicha era y numerosos investigadores, que, por ser tantos, no citamos, estudian las reacciones meníngeas en las diferentes edades sifilíticas. Buscan las relaciones que pudieron existir entre los grandes cuadros nerviosos clásicos y las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo en los primeros meses de la iniciación del mal. Se ha creído notar un aumento en las afecciones nerviosas y se ha atribuído la predominancia actual de las localizaciones cerebrales y medulares, al *surmenage* nervioso por intensidad de trabajo, por angustia de porvenir, por prolongación de esfuerzos determinados despiadadamente por nuestra civilización actual.

Pero ya autores franceses, en estudios sistemáticos de indígenas específicos del Norte del Africa, han notado en esa raza apática por religión, sin noción de necesidades futuras, casi los mismos signos de curvas patológicas.

Nosotros, actuando científicamente en un medio cuya población mórbida tiene casi eliminados los factores morales, con

trabajos intelectuales nulos, y cuya mentalidad no alcanza a encarar el futuro, estamos en condiciones de agregar también algunos documentos para poder apreciar el valor de los factores psicológicos en las determinaciones nerviosas transitorias o progresivas.

No pretendemos haber alcanzado a conclusiones definitivas, pero creemos haber establecido una base sobre la cual los futuros patológicos de nuestras enfermas, que nos serán perfectamente conocidos en su mayoría por inspecciones bisemanales y sus hospitalizaciones frecuentes, formarán elementos de gran valor en la resolución del problema que encaramos.

Nuestro trabajo actual se basa en 111 punciones hechas en 98 enfermas, cuya edad específica, netamente establecida, varía de unos días a 52 meses. (1)

Hemos dividido dichas enfermas en 8 categorías, lo que nos permitirá estudiar mejor los diferentes períodos mórbidos. 1.ª categoría, chancro sin signos secundarios; 2.ª categoría, chancro y sífilis secundaria; 3.ª categoría, 1.er semestre; 4.ª categoría, 2.° semestre; 5.ª categoría, 2.° año; 6.ª categoría, 3.er año; 7.ª categoría, 4.° año; 8.ª categoría, 5.° año.

1.ª *categoría.* — Tenemos 8 punciones lumbares efectuadas en accidentes primarios, todos vulvares, cinco de las cuales coincidían con un W. positivo de su sangre. Ninguno de los 3 chancros con W. neg. acusó reacción meníngea, y uno solo, del otro grupo, con una reacción ganglionar regional marcada, nos reveló una linfocitosis moderada.

2.ª *categoría.* — En el segundo grupo, el cual comprende la eclosión de los signos secundarios, el accidente primario aún en actividad, lo que nos garantiza el breve período de vitalidad del mal, comprende cinco casos.

Un ch. de la amígd. con roseola da una linf. de 6 × mm. c. Un chancro del gran labio con sifílides papulosas discretas y diseminadas una linf. de alarma de 3.2 y un ch. del peq. labio con roseola, una peq. linf. de alarma de 2.2. Un caso de chancro del labio superior, cuya edad específica nos consta era muy breve, no acusó reacción meníngea. El último, de chancro con sifílides hipertróficas, era netamente negativo.

3.ª *categoría.* — Entramos ahora en el tercer grupo, que corresponde al primer semestre de edad específica, una vez eli-

(1) Estas punciones no han originado accidente alguno, salvo la cefalea en pocos casos, que hemos combatido con inyecciones de pituitrina con todo éxito, demostrándose el medicamento muy superior a la morfina y urotropina.

minados los anteriores. Comprende 53 casos, de los cuales 50 con síntomas secundarios.

De esos 50 casos, 27 revelan calma meníngea y en 23 se acusa reacción. Una sola, con roseola marcada, con síf. hipertr., con síf. miliares, nos da una linfocitosis de alarma 2.2; 12, con sintomatología variada, con reacciones ganglionares intensas o discretas, regionales o generalizadas, con síf. erosivas discretas o profusas, con síf. papulosas con las mismas diferencias, con o sin alopecia, con o sin síf. hipertrófica, nos dan una reacción linfocitaria que va de 4 a 10, no variando los demás elementos de la triada de investigación. Otros 10 casos, con la misma variación de aspectos clínicos, nos dan linfocitosis de 20, 21, 26, 29, 32, 33, 44, 60, 80 y el máximum de 152, sin que podamos establecer paralelismo con parte alguna del sindroma secundario.

En este período aparece la segunda modificación de la triada buscada: 5 enfermas, con linf. de 152, 80, 33, 32 y 26, presentan un W. positivo total.

En un caso, el de 152, el tercer elemento está también alterado: el Nonne se ha hecho ligeramente opalescente.

La misma observación debemos hacer respecto a la imposibilidad de prever estas variaciones meníngeas.

Y los 27 casos de calma presentan la misma diversidad de síntomas y las mismas agrupaciones que los anteriores, sin que hayamos podido obtener el criterio diagnóstico, ni aún de probabilidad de dicha tranquilidad serosa.

Tenemos tres casos de este primer semestre, 2 de 3 y uno de 4 meses, sin signos clínicos. Uno con sangre positiva, sin alteración meníngea; otro con W. intermediario, con linf. de alarma 2.2, y el tercero, con sangre negativa, tiene una linf. marcada de 20 elementos por mm. cc.

4.ª *categoría.* — Llegamos ahora a la 4.ª categoría: 2.° semestre de la vida específica, con 12 casos estudiados. De ellos, 4 se presentan sin signos y sangre neg.; uno tiene una linf. discr. de 4.2. Los demás no tienen alteración de su líquido. Otros 4 no tienen signos clínicos, pero su W. es positivo. En 2 de ellos el líq. es normal y los otros 2 tienen 4 linfocitos. El 9.° presenta un W. de la sangre parcial y su líquido tiene una linf. moderada y un Wassermann del líq. positivo. Los 3 últimos se presentan con signos secundarios; uno sin linfocitosis, el otro con 3 y el 3.° con 5 elementos y un W. parcial de su líquido.

5.ª *categoría.* — Presentamos 11 casos del 2.° año: 2 sin signos y con sangre negativa, y los 2 tienen linfocitosis discr.

7 sin signos clínicos, pero con W. positivo; 4 son normales; 1 con linf. de alarma, otro con linf. suave, 40, pero con W. negativo, y el tercero con 17 elementos y W. positivo. Debemos observar que el líquido de 40 elementos con W. neg., en punción anterior presentaba 33 elementos y W. positivo. Es decir, que su W. se ha reducido. Quedan 2 casos con signos clínicos; uno con síf. erosivas bucales, sin alteración linfocitaria; el otro con síf. pápulo-tuberculosa, gr. labio der., cuyo líquido es también normal.

No hay datos del pasado patológico de estas enfermas que explique la alteración o integridad meníngea.

6.ª *categoría.* — Tenemos ocho observaciones de enfermas en su tercer año; 5 sin reacción y 2 de ellas con sangre positiva; 2 con linfocitosis de alarma, con sangre negativa, y una con linfocitosis moderada (10 elementos), y W. posit.

7.ª *categoría.* — 10 observaciones del 4.° año; 7 negativas, de las cuales 5 con W. positivo, 2 con peq. linfocitosis y con W. sanguíneo negativo en uno e intermediario en otro, y un caso de gran linfocitosis, 196 por mm. cc., con W. del líq. H^0 y W. sanguíneo neg., sin signos, salvo reflejos aq. y rot. vivos y el ocular algo perezoso.

8.ª *categoría.* — En la 8.ª categoría, 2 casos, negativos los dos y una sangre negativa y otra intermediaria.

En resumen: hay alteraciones linfocitarias del líq. en el 12.50 o|o en los casos primarios; en el 60 o|o de los primarios secundarios; 47 o|o en el 1.er semestre; 50 o|o para el 2.° semestre; 45 o|o en el 2.° año; 37.50 o|o en el 3.er año; 30 o|o en el 4.° año, y nada en las dos observaciones del 5.° año.

En el primer semestre 10 o|o de W. pos. total; en el 2.° semestre el 8 o|o tiene un positivo total y el 16 o|o parcial, de su líquido; 9 o|o en el 2.° año; 12.50 o|o en el tercero, y 10 o|o en el 4.°.

Estudiemos ahora la evolución de las alteraciones meníngeas.

En 4 casos, uno de 3 punciones y los otros de dos, existe equilibrio normal en el líquido en todas las punciones.

En 3 casos, la 2.ª punción ha revelado una acentuación de la perturbación del líquido, dos de ellos de variación de una a dos unidades, entrando en el período de alarma. La otra daba a los 8 meses un W. intermediario de H^3 y 5 × mm. cc., y a los 19 meses, 17 linf. y H^0.

En otros 5 casos, el sindroma de la alteración meníngea había disminuído. En 2 de ellos, la linfocitosis, único elemento perturbado, había descendido. En los dos últimos, hechos en

el período secundario, más interesantes por su linfocitosis marcada y su W. H0, la segunda punción, hecha meses más tarde, nos daban, en uno, una integridad completa y, en el otro, la desaparición de la positividad del W.

Y bien, señores: ¿Qué explicación y qué significado tienen estas alteraciones meníngeas?

Ellas no pueden producirse sino por tres únicos mecanismos: 1.° por presencia del microorganismo en los centros nerviosos o sus envolturas; 2.° por acción de sus toxinas sobre los mismos, o 3.° por sustancias tóxicas producidas por perturbaciones celulares de los demás órganos.

La primera patogenia, cuando la causa es difusa, nos explica la marcha constante y progresiva de ciertos cuadros nerviosos específicos, y, cuando localizada, da origen a las sífilis nerviosas bien influenciadas por la medicación.

El segundo mecanismo, por afinidades virulentas o por debilidades orgánicas, nos explicaría esas grandes reacciones meníngeas rápidamente abatidas por el tratamiento.

El tercero, presidiría esas pequeñas perturbaciones del líquido, que no serían más que las representantes nerviosas de la irritación de todos los elementos celulares del organismo, enfrente de su total invasión mórbida.

El porvenir nos permitirá diversificar, tal vez, esas clases de reacciones meníngeas, que son diferentes, por su origen, por su marcha y por sus consecuencias, y que no tienen más analogía que el período cronológico de su aparición.

CONCLUSIONES

1.° Las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo son frecuentes en los primeros años de la vida específica y no parecen determinadas por factores psicológicos.

2.° El tiempo es un elemento de atenuación en el número de las perturbaciones meníngeas.

3.° Estas alteraciones no determinan el porvenir específico.

OBSERVACIONES

1.a M. S., 166. 23 años. Edad prostitución 4 años. Sífilis sec. en noviembre 16. 14 R. W. H0 hasta 14 junio 19. En 17 Set. 19. Poliad. ing. bil. bastante marcada. G. cerv. post. 2 a. gris 0 g. 65 neo. En 5 Nov. 19 poliad. ing. bil. y g. cerv. post. R. W. H0. 4 ac. gris. En

7 Ab. 20, Poliad. ing. bil. R. W. H0. Punción lumbar. A los 43 meses edad específica: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8. Tórax radioscópicamente normal.

2.ª M. R. A., 128. Sífilis sec. en junio 18. En 15 junio 18 sífilis sec. y H0. En 22 enero 19: R. W. H8. En 28 mayo 19: H6. En 30 Ag. 19. Poliad. ing. bil. discr. y H8. En 23 Dic. 19: H0 ac. gris. En 7 abril 20 micropoliad. ing. bil. y H0. P. L.: 24 meses. Nonne neg., G. bl. 1,1×mm3, R. W.: H8. En julio 21 micropoliad. ing. bil. y H0. P. L.: 37 meses. Tensión gota a gota rápido, Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

3.ª M. L. R., 18 años. Edad prostitución 5 años. En junio 19 chancro y sifílides pápulo-escamosas y pápulo-crostosas. Poliad. ing. bil. marc. 18 neos, ignora de qué dosis, 8 ac. gris. En 10 Ab. 20: Poliad. ing. bil. marc. Piodermitis nalgas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,1 × mm3, R. W.: H8.

4.ª D. M., 24 años. Chancro horquilla, datando de 1 mes, aspecto específico. Poliad. ing. bil. algo marc. No hay signos secundarios. R. W., H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

5.ª M. F., 21 años. 2 años. En 24 enero 20: H8 sin signos. En Ab. 20. Chancro labio sup. del cuello. Roseola. Poliad. ing. bil. discr. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

6.ª P. T., 22 años 5 meses. En Dic. 19 sifílides pápulo-erosivas hipertróficas confluentes vulvares. R. W.: H0. En marzo 20: Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W., H8. No hace tratamiento. En 12 mayo: 20 R. W.: H8. En julio 20 placas ambas amígdalas, sifílides pápulo-erosivas grandes labios. Poliad. ing. bil. algo marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg. G. bl. 3×mm3, R. W.: H8.

7ª N. N., 20 años 8 días. En Ab. 21 no hay signos. R. W.: H8. En Jun. 21 placas mucosas anales y vulvares. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,2×mm3, R. W.: H8.

8.ª N. N., 22 años, 1 año, 2 chancros aspecto específico cara int. pequeño labio izq. R. W.: H8 que posteriormente se hizo H0, luego roseola. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,2×mm3. R. W.: H8.

9.ª B. V., 23 años. 9 años sífilis sec. en Nov. 1916. En Feb. 18: H8. En Jun. 18: H8. En mayo 21 sin signos. R. W.: H0. P. L.: roseola. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,2×mm3, R. W.: H8.

10.ª J. C., 25 años. Chancro cara int. peq. labio izq. Investigación treponema a la tinta china positivo. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

11.ª M. N., 23 años. 3 años, placas mucosas labios, lengua y amígdalas. Poliad. ing. bil. algo marc. P. L.: Nonne neg., G. bl. 44×mm3, R. W: H8.

12.ª J. B., 26 años. En marzo 19: sífilis sec. y H0. En junio 21: no hay signos. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,2×mm3, R. W.: H8.

13.ª S. K., 20 años. 2 años Síf. papulosas diseminadas y sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes vulvares y perivulvares. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

14.ª P. C., 22 años. 2 años. Poliad. ing. bil. marc. Sif. erosivas bucales. Roseola. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8.

15.ª J. C., 27 años. 5 años. En febrero 19: sífilis sec. En agosto 21: no hay signos. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 10×mm3, R. W.: H0.

16.ª E. J., 23 años. 3 años. En mayo 19: sífilis sec. y H0, 5 ac. gris un neo. En Oct. 19: Poliad. ing. bil. marc. Iritis 3. R. W.: H8, en Nov. 19 Trat. mixto. En marzo 20: Poliad. ing. bil. algo marc. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

17.ª C. C., 21 años. 2 años. En Set. 19. Placas mucosas vulvares, sifílides pápulo-erosivas hipertróficas confluentes perivulvares. Pol. ing. bil. marc. No hay otras adenopatías. R. W.: H0. Trat. 4 ac. gris, 0 gr. 70 neo. En marzo 1920. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

18.ª G. A., 19 años. 2 años. En 10 marzo 20, sifílides ulcerosas superficiales, variedad crostosa. Poliad. ing. bil. muy marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

19.ª C. R., 22 años. 1 mes. En 13 mayo 20: no hay signos y H8. En 1.º junio 20: chancro indurado cara interna gran labio izquierdo. Poliad. ing. bil. algo marc. En 9 junio R. W.: H8. En 26 junio Poliad. ing. bil. muy marc. y H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

20.ª B. V., 22 años. 2 años. En mayo 18: chancro indurado lado derecho entrada vagina, poliad. ing. bil. marc. y H0, 4 ac. gris. En febrero 20: chancros simples grandes labios y H0, 3 ac. gris, 1 g. 20 neo. En junio 20: no hay signos y R. W.: H1. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,2×mm3, R. W.: H8.

21.ª R. P., 22 años. 5 años. Desde Nov. 16 a En. 1919: 8 R. W.: H8. En enero 19: placas mucosas lengua y labios, sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes grandes labios. R. W.: H0, 6 neos. y 6 ac. gris. Niega haber hecho más tratamiento. En setiembre, Oct. y Nov. 1919: R. W.: H8. En enero 20: H8, en abril 20: pol. ing. bil. discreta y R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,1×mm3, R. W.: H8; 2 ac. gris y 0 g. 60 neo; niega más tratamiento. En Dic. 20: R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 3,2×mm3, R. W.: H8. En marzo 21 vuelve a subir la sangre a H0 para bajar en abril a H4 mediante 2 neos y 2 ac. gris y seguir su descenso en julio 21 hasta H8 con 3 ac. gris y 2 neos más.—**Nota**: Conviene anotar el hecho que su infección se ha producido próxima a los 5 años de su vida de prostitución.

22.ª Z. O., 19 años. 1 mes. En enero 20: chancro aspecto específico entrada vagina. Poliad. ing. bil. marc. Ganglio epitrocleano bilateral. R. W.: H0, 1 gr. 50 neo en 4 iny., 5 ac. gris. En 28 ab.: 20

poliad. ing. bil. discr. y H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

23.ª E. C., 18 años. 6 años. Sífilis sec. en Oct. 16 alrededor de 2 años de su vida de prostitución, 9 neos, ignora de qué dosis y 10 ac. gris. En Ab. 20: no hay signos y R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,4×mm3, R. W.: H8.

24.ª E. R., 36 años. Niega ejercer prostitución. Sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes vulvares. Sifílides pápulo-crostosas diseminadas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

25.ª U. M., 20 años. 2 meses. Sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes perianales. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

26.ª D. C., 22 años. 3 años. A los 15 meses de su vida de prostitución sífilis sec. A los 21 meses de su vida específica, placas mucosas bucales y R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,2×mm3, R. W.: H8. A los 26 meses de su vida específica, sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

27.ª M. V. S., 19 años. 1 año. Roseola, sifílides erosivas amígdalas, sifílides erosivas cuello del útero. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,1×mm3, R. W.: H8.

28.ª R. H., 22 años. 10 meses. A los tres meses de su vida de prostitución, sífilis sec. A los siete meses de su vida específica R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,2×mm3, R. W.: H8.

29.ª G. Ch., 19 años. 6 meses. Poliad. ing. bil. muy marc. Sifílides erosivas perianales. Sifílides pigmentarias muy marcadas, tomando brazos, cuello, tronco y llegando hasta las nalgas. Laringitis. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 10×mm3, R. W.: H8.

30.ª A. L. R., 20 años. En febrero 1918 chancro horquilla. En junio 18: placas mucosas bucales. A los 28 meses de su edad específica. No hay signos y H6. P. L.: Nonne neg., G. b. 3,2×mm3, R. W.: H8. A los 42 meses de su edad específica, sin manifestaciones. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

31.ª R. S., 23 años. 1 año. Chancro del meato. Treponema positivo a la tinta china. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

32.ª S. N., 22 años. 1 año. Roseola. Sifílides acneiformes cuero cabelludo. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

33.ª E. G. F., 22 años. 3 años. Sifílides erosivas lengua. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

34.ª J. A. R., 24 años. En febrero 18, a los dos meses de su vida de prostitución, chancro y H0. En abril 18, placas mucosas. En Oct. 20, 18 goma amígdala izq. y H0. En mayo y junio 1919: H8. Fines de agosto: 19 R. W.: H2. A los 40 meses de su edad específica, habiendo hecho sólo 4 o 5 neos y 15 ac. gris, no presenta más signos que sus reflejos rotulianos y aquilianos muy vivos y re-

flejo ocular perezoso. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 196× mm3, R. W.: H0.

35.ª J. M., 25 años. 3 años. Sifílides erosivas bucales, alopecia marcada cabello y cejas, poliad. ing. bil. marcada. R. W.: H0. P. L.: Nonne lig. op., G. bl. 152×mm3, R. W.: H0.

36.ª C. O., 20 años. 2 años. Sifílides hipertrófico-erosivas confluentes perianales. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

37.ª J. C., 21 años. 3 meses. Angina eritematosa, sifílides erosivas bucales. Ganglios cervicales, epitrocleanos bilaterales e inguinales bilaterales marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

38.ª M. N., 21 años. 16 meses. Roseola, sifílides erosivas labio inferior. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 29×mm3, R. W.: H8.

39.ª J. O., 19 años. Sifílides pápulo-hipertrófico erosivas confluentes, vulvares, perivulvares y perianales. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 6×mm3, R. W.: H8.

40.ª P. L., 23 años. 6 meses. Embarazo. Placas profusas amígdalas. Sifílides pápulo-erosivas grandes y pequeños labios. Poliad. ing. bil. marc y R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

41.ª J. T., 22 años. 2 meses. Chancro horquilla. Sifílides pápulo-erosivas vulvares y perivulvares. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

42.ª V. P., 24 años. 1 año. Sifílides pápulo-erosivas diseminadas grandes y pequeños labios, confluentes gran labio izquierdo. Sifílides erosivas amígdala derecha. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

43.ª B. P., 28 años. 7 años. (1) Sifílides erosivas labios, muy profusas en las amígdalas. Sifílides pigmentarias del cuello muy marc. Sifílides papulosas diseminadas. Sifílides erosivas anales. Ganglio epitr. bil. Poliad. ing. bil. marcada. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8.

44.ª P. S., 20 años. 1 año. Roseola, placas mucosas amígdalas. Ganglios cervicales, epitrocleanos e inguinales marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

45.ª T. M., 22 años. 1 año. Roseola marcada, sifílides erosivas lengua, labios y amígdalas. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 10×mm3, R. W.: H8.

46.ª J. C., 19 años. 2 meses. Sifílides erosivas bucales y amigdalianas. Sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes vulvares, perivulvares y perianales. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 20×mm3, R. W.: H8

47.ª M. P., 23 años. A los pocos meses de su vida de prostitución, sífilis sec. Neos. y ac. gris pocos e irregulares. A los 4 años de su

(1) A notar la eclosión secundaria a los 7 años de la vida de prostitución.

vida específica, sin manifestaciones. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8. A los 52 meses de sa vida específica, sin manifestaciones. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,6×mm3, R. W.: H8.

48.a J. G., 17 años. 17 meses. Sifílides erosivas bucales. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 7×mm3, R. W.: H8.

49.a A. S., 18 años. 7 meses. Sifílides erosivas lengua y labios. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

50.a J. M., 19 años. 1 y 1|2 años. A los pocos meses sífilis sec, 7 ac. gris, 1 g. 60 neo en 4 inyecciones. A los 11 meses de edad específica: sarna infectada, poliad. ing. bil. marc. Ganglio epitr. bil. y R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8, 3 ac. gris más y un gramo de neo. A los 15 meses sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,4×mm3, R. W.: H8.

51.a A. L., 18 años. 4 meses. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, ocupando gran zona vulvar, perivulvar y perianal. Sifílides papulosas diseminadas. Ganglios cervicales, epitrocleanos e inguinales marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

52.a J. S., 18 años. 18 meses. En enero 19: sifílides pápulo-hipertróficas erosivas confluentes perivulvares. R. W.: H0, 14 ac. gris, 2 g. 60 neo. A los 15 meses de edad específica sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8.

53.a C. R., 23 años. Sifílides papulosas diseminadas, sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, ocupando todos los grandes labios, y una gran zona perivulvar y perianal. Poliad. ing. bil. muy marc. No hay ganglios cervicales, ni epitrocleanos. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

54.a R. S., 22 años. 2 meses. Ch. febrero 20 y R. W.: H0, neos. y ac. gris, ignora cantidad. A los 10 meses edad específica, sin manifestaciones y H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4,2×mm3, R. W.: H8.

55.a L. P., 20 años. 2 años. Sifílides erosivas profusas bucales, sifílides erosivas vulvares. Poliad. ing. bil. marc. Ganglios cervicales muy marcados. R. W.: H0. P. L.: None neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

56.a B. B., ign. ign. Sifílides pápulo-erosivas diseminadas grandes y pequeños labios. Ganglios epitrocleano bilateral. Poliad. ing. bil. muy marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 6×mm3, R. W.: H8.

57.a J. M., 24 años. 5 meses. Roseola. Ganglios cervicales e inguinales bilaterales marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 5×mm3, R. W.: H8.

58.a S. L., 20 años. Sifílides erosivas bucales profusas. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, vulvares y perivulvares. Ganglios cervicales posteriores, epitrocleanos bil. e inguinales bilatera-

les muy marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 60×mm3, R. W.: H8.

59.ª J. M., 20 años. 1 años. Chancro gran labio izquierdo cerca de la comisura. R. W.: H8. Treponema positivo a la tinta china. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8, 3 ac. gris, 1 g. 20 neo. A los 3 meses sin manifestaciones. R. W.: H8. A los 6 meses roseola, sifílides erosivas lengua y labios, sifílides miliares diseminadas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8. A los 9 meses poliad. ing. bil. marc. R. W.: H8. P. L.: Hipertensión merc., Nonne neg., G. bl. 0,6×mm3, R. W.: H8.

60.ª D. S., 21 años, 2 años. A los pocos meses de su vida de prostitución sífilis sec., neos. y ac. gris pocos e irregulares. A los 21 meses de su vida específica, sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl 0,8, R. W.: H8.

61.ª S. L., 19 años. 1 año. En agosto 1920: angina eritematosa, sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, ganglios cervicales posteriores, ganglios inguinales muy marcados. R. W.: H0, 3 ac. gris, 0 g. 80 neo. En octubre 20, algunos pocos ganglios cervicales posteriores y poliad. ing. bil. algo marc. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 20×mm3, R. W.: H8.

62.ª B. R., 22 años. 8 meses. En abril 20: sifílides miliares generalizadas, sifílides erosivas bucales, ganglios epitrocleano bilateral. Poliad. ing. bil. bastante marcada. R. W.: H0. 6 ac. gris, 2 gr. 50 neo. En Oct. 20: sifílides pápulo-escamosas diseminadas, ganglio epitrocleano bilateral, ganglios ing. bil. poco marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 5×mm3, R. W.: H3. En agosto 21, sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg. G. bl. 17×mm3, R. W.: H0.

63.ª E. A., 21 años. 15 meses. En febrero 20 sifílides pápulo-erosivas vulvares y perivulvares. R. W.: H0, 6 ac. gris, 2 g. 20 neo. En Oct. 20: roseola tipo de retour, sifílides erosivas labio superior y arcada palatina. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

64.ª J. S., 22 años. Sifílides erosivas labios y amígdalas. Ganglios cervicales posteriores marcados. Poliad. ing. bil. no muy marcada. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

65.ª M. M., 20 años. Sifílides erosivas bucales. G. cervicales posteriores. Roseola. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes vulvares y perivulvares. Sifílide pigmentaria cuello. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

60.ª A. S., 21 años. 4 años. Sifílides erosivas bucales. Poliad. ing. bil. muy marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1×mm3, R. W.: H8.

67.ª N. P., 21 años. 6 años. En Ene. 1918, sífilis sec., neos. y ac. gris pocos e irregulares. En setiembre 19: H8. en Set. 20: R. W.: H8. A los 34 meses de edad específica. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8.

68. L. P., 27 años. En mayo 17: sifílis sec. En Set. 20: sin signos. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3, R. W.: H8.

69.ª P. S., 26 años. Chancro gran labio derecho. Poliad. ing. derecha muy marc. Sifílides papulosas diseminadas. R. W.: H0. P. L.: Nonno neg., G. bl. 3,2×mm3, R. W.: H8.

70.ª J. P., 18 años. 4 meses. Sifílides papulosas aisladas perivulvares. Sifílides erosivas pequeños labios. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

71.ª R. B., 20 años. 1 año. Sifílides erosivas labio superior. Pol. ing. bilateral bastante marcada. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 26×mm3, R. W.: H0.

72.ª N. Ch., 22 años. 7 meses. Sifílides erosivas lengua. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes vulvares y perivulvares. Pol. ing. bil. marcada. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

73.ª M. N., 25 años. 5 años. En agosto 1920: sifílides pápulo-escamosas profusas, sifílides erosivas bucales profusas. Sifílides erosivas vulvares. Poliad. ing. bil. marc. Ganglios cerv. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 33×mm3, R. W.: H0. 3 ac. gris, 1 g. 20 neo. En Set. 21: sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 40×mm3, R. W.: H8.

74.ª O. M., 26 años. En enero 17: sífilis sec. 3 R. W.: H0 en 1917. 1 R. W.: H0 en 18. Neos. y ac. gris, pocos e irregulares. En agosto 20: sifílides ulcerosas rupioideas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

75.ª E. M., 20 años. 1 año. Chancro amígdala izquierda. Ganglios cervicales anteriores marcados. Poliad. ing. bil. discr. Roseola. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 6×mm3, R. W.: H8.

76.ª J. M., 23 años. 4 años. Chancro cara interna pequeño labio izquierdo. Poliad. ing. bilateral más marc. la izq. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,3×mm3, R. W.: H8.

77.ª P. N., 25 años. Placas profusas, istmo de las fauces. Ganglios cervicales e inguinales bilaterales marcados. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 80×mm3, R. W.: H0.

78.ª C. B., 23 años. 5 años. En agosto 20: chancro cara int. gran labio izquierdo. R. W.: H8. que a los pocos días se hizo H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2×mm3. R. W.: H8. 6 aceite gris y 2 g. 50 neo. En febrero 21: sin manifestaciones. R. W.: H0. 3 aceite gris y 1 g. 20 neo. En Julio 21, sin manifestaciones. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.—**Nota:** Observar un accidente primario a los cinco años de vida de prostitución.

79.ª L. P., 21 años. 17 meses. Sifílides papulosas grandes labios en julio 19. R. W.: H0, 18 aceite gris. 5 g. neo. En agosto 20: sifílides pápulo-tuberculosas gran labio derecho. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

80.ª S. N., 22 años. 4 años. En enero 18: sifílides pápulo-erosivas grandes labios. R. W.: H0. En Set. 19: sin manifestaciones. R.

W.: H0. 2 ac. gris 0 g. 90 neo. En agosto 20. No hay signos. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

81.ª L. B., 20 años. 5 años. En junio 17: sífilis sec. En febrero 20: sin manifestaciones. R. W.: H0. 2 ac. gris, 4 neos. con 1 g. 40. En agosto 20: sin manifestaciones. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 5×mm3, R. W.: H8.

82.ª E. M., 18 años. 2 años. En enero 20: no hay signos. R. W.: H8. En agosto 20: sifílides pápulo-erosivas vulvares. Ganglios cervicales. Poliad. ing. bil. algo marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 21×mm3, R. W.: H8.

83.ª H. P., 20 años. 2 años. En julio 19: sifílides erosivas grandes y pequeños labios. Poliad. ing. bil. marcada. R. W.: H0. 4 ac. gris. En mayo 20: sin manifestaciones. R. W.: H0. 9 ac. gris, 4 gr. 50 neo. En agosto 20: no hay signos. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

84.ª J. P., 21 años. 3 años. En Oct. 18: chancro horquilla. En enero 19: sifílides erosivas vulvares. R. W.: H0. En agosto 20: sin manifestaciones. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

85.ª L. S., 19 años. 2 meses. En enero 20: sin manifestaciones. R. W.: H8. A los 10 meses de su vida de prostitución, en Ag. 20: sifílides erosivas bucales. Poliad. ing. bil. algo marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 32×mm3, R. W.: H0. 11 ac. gris, 9 neos. con 4 g. 50. En Junio 21: no hay signos. R. W.: H8. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,4×mm3, R. W.: H8.

86.ª A. C., 30 años. En enero 17: sífilis sec. En julio 20: no hay signos. R. W.: H4. P. L.: Nonne neg., G. bl. 8×mm3, R. W.: H0.

87.ª N. C., 19 años. 2 meses. Sifílides pápulo-erosivas hipertróficas confluentes. Poliad. ing. bil. muy marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

88.ª J. S., 20 años. 1 año. En Oct. 19: sifílides erosivas bucales, sifílides pápulo-erosivas hipertróficas confluentes. Poliad. ing. bil. muy marc. R. W.: H0. 8 ac. gris, 1 g. 40 neo. En mayo 20: sin manifestaciones. R. W.: H8. En julio 20: no hay signo. R. W.: H5. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,4×mm3, R. W.: H1.

89.ª Z. C., 26 años. 9 meses. Roseola marc. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas vulvares. Poliad. ing. bil. marc. G. cervicales posteriores marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 6×mm3, R. W.: H8.

90.ª E. V., 20 años. Sifílides erosivas profusas bucales. Roseola. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas vulvares. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 4×mm3, R. W.: H8.

91.ª A. F., 21 años. Sifílides hipertrófico-erosivas confluentes, vulvares y perivulvares. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,2×mm3, R. W.: H8.

92.ª E. L., 22 años. 3 años. Chancro cara interna pequeño labio izq. R. W.: H8. Investigación treponema positivo. A los pocos días

se transformó en: R. W. H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

93.a J. R., 20 años. 1 año. Sifílides erosivas bucales. Sifílides pápulo-erosivas-hipertrófico confluentes vulvares. Roseola marcada. Sifílides miliares profusas diseminadas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 2,2×mm3, R. W.: H8.

94.a C. M., 22 años. Sifílides erosivas grandes labios. Poliad. ing. bil. marc. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,8×mm3, R. W.: H8.

95.a J. S., 22 años. En agosto 17: sífilis sec. En Set. 21: no hay signos. R. W.: H4. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

96.a A. M. P., 48 años. Sifílides pápulo-escamosas profusas. Sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, vulvares y perivulvares. Alopecia discreta. Poliad. ing. bil. algo marc. No hay otras adenopatías. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 0,8×mm3, R. W.: H8.

97.a T. R., 20 años. 2 meses. Roseola marcada. Sifílides pápulo-escamosas. Elementos pápulo-hipertrófico-erosivos grandes labios. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 8×mm3, R. W.: H8.

98.a J. C., 24 años. Ch. labio superior. Sifílides papulosas diseminadas. R. W.: H0. P. L.: Nonne neg., G. bl. 1,6×mm3, R. W.: H8.

Relaciones de la Reacción de Wassermann con la clínica

POR LOS DOCTORES

PEDRO RAÚL ALONSO (Montevideo)

Médico Jefe del Dispensario No. 5 del Instituto Profiláctico de la Sífilis; Jefe del Servicio de Dermatología del Asilo «Luis Piñeyro del Campo»; Especialista del Cuerpo Médico Escolar.

Y

ALBERTO MARIO PENCO (Montevideo)

Jefe del Laboratorio de la Clínica Dermosifilopática de la Facultad de Medicina de Montevideo; Ex médico adjunto del Servicio de Piel y Sífilis del Hospital Militar Central; Médico del Servicio de Sanidad en el Ejército.

Hasta hace pocos años se diagnosticaba la sífilis valiéndose exclusivamente de los síntomas clínicos.

Fácil es darse cuenta de los inconvenientes con que habrán tropezado los clínicos de aquella época, dado lo difícil que era, en esas condiciones, hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad.

Cuando la lesión no presentaba aspecto clínico claro, sometían al enfermo a un corto tratamiento específico de prueba, que era el que aclaraba el diagnóstico, o esperaban a que aparecieran los fenómenos secundarios, si se trataba de accidentes iniciales.

Felizmente, desde el año 1907, este aspecto de cosas ha cambiado fundamentalmente, puesto que desde entonces la clínica dispone de dos auxiliares poderosos para completar el diagnóstico.

El descubrimiento del treponema por Schaudinn y Hoffmann, en 1905, que vino a demostrar que la sífilis era una enfermedad infecciosa y que su germen se puede encontrar en las lesiones primarias y secundarias de la enfermedad, y la feliz idea de Wassermann, Neisser y Bruck, en 1906, de aplicar la reacción de la desviación del complemento de Bordet y Gengon para el diagnóstico de la sífilis, empleando como antígeno un extracto alcohólico o acuoso de hígado de heredosifilítico en el que hubiere gran cantidad de treponemas, nos permiten hoy día hacer un diagnóstico mucho más precoz y seguro de la sífilis en sus diferentes períodos de evolución.

Estos dos elementos son empleados corrientemente en la clínica para confirmar el diagnóstico y, teniendo gran valor, no deben dejar de utilizarse nunca, ni aún en los casos en que el diagnóstico clínico no admita dudas.

En cuanto a la investigación del treponema, de la que no nos ocuparemos con detalles en este trabajo, diremos que asegura el diagnóstico en forma terminante, cuando es positiva; pero ofrece a menudo algunos inconvenientes.

Es común encontrar casos en que el agente específico existe y que no se puede determinar en distintos exámenes practicados con ese objeto. Esto, que parecería imposible, pasa a menudo y tanto en nuestras clínicas hospitalarias como en nuestra clientela privada; vemos enfermos que presentan lesiones típicas de sífilis, en las cuales es segura la presencia del treponema, y éste no ha podido ser hallado, empleando los distintos procedimientos que actualmente se usan en todos los laboratorios: coloración a la tinta china, coloración al nitrato de plata y exámenes al ultramicroscopio.

Esto sucede porque la mayor parte de las veces los enfermos vienen a vernos después de haber tratado sus lesiones con diferentes antisépticos (calomel, sulfato de cobre, bicloruro de Hg., nitrato de plata, etc.).

También, muchas veces, en las lesiones específicas iniciales se encuentran sobreagregadas otras infecciones: la más co-

mún es la debida al bacilo de Ducrey, que constituye, en esos casos, el conocido chancro mixto.

Estas infecciones sobreagregadas hacen casi imposible comprobar la presencia del treponema.

Fuera de estas dos causas, que son las que corrientemente obstaculizan la determinación del treponema, hay otras que tienen también importancia, siendo una de las más frecuentes las faltas de técnica en la investigación.

Estas distintas causas que dificultan la comprobación del germen de las lesiones y que nos impiden asegurar nuestro diagnóstico clínico por este procedimiento, nos obligan a recurrir a la reacción de la desviación del complemento de Bordet y Gengou, empleado sabiamente por Wassermann para el diagnóstico de la sífilis desde el año 1906.

En los primeros tiempos, en que la reacción de Wassermann se empleó para el diagnóstico de la sífilis, no se tenía seguridad en sus resultados, y se decía que no era una reacción específica de la sífilis, porque había algunas otras enfermedades que la producían, como ser: la frambuesia, la tripanosomiasis, la tuberculosis y algunos estados febriles y enfermedades infecciosas.

Hoy podemos casi afirmar que la reacción de Wassermann es una reacción específica de la sífilis, pues cuando su resultado es positivo, generalmente está de perfecto acuerdo con la clínica. Esta afirmación trataremos de probarla en el curso de este trabajo, estudiándola en los distintos períodos de la enfermedad.

La reacción de Wassermann en la sífilis primaria

Hemos observado, corrientemente, que en los chancros clínicamente sifilíticos, la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo se hace positiva en un término que oscila entre 10 y 45 días, desde el comienzo de la lesión.

El número de casos en que la reacción de Wassermann se hace positiva entre los 10 y 15 días es muy pequeño: 20 o|o, siendo corriente observar que la reacción de Wassermann se hace positiva entre los 20 y 25 días: 74 o|o. Sin embargo, hay algunos casos en que la reacción de Wassermann se hace positiva recién a los 40 o 45 días de la evolución del chancro: 6 o|o. No siempre se nos presentan chancros clínicamente sifilíticos, sino que es corriente observar lesiones que, sin tener el aspecto del accidente inicial de la sífilis, no nos permiten descartarla en absoluto: es así que hemos visto muchas

veces al chancro blando, a las herpes, a las balano-postitis, etc., enmascarando una infección sifilítica, que continúa su evolución una vez cicatrizada esa lesión de aspecto clínico bien definido. Es precisamente en estos casos en los que la reacción de Wassermann nos presta una ayuda valiosísima, puesto que es casi siempre, gracias a ella, que llegamos al diagnóstico precoz de la infección. Por estas razones es que a todos nuestros enfermos que presentan lesiones del pene, los estudiamos desde el punto de vista serológico durante los tres primeros meses subsiguientes a la iniciación de la lesión.

Es así que hemos llegado a diagnosticar infecciones sifilíticas que nos hubieran pasado desapercibidas en sus primeras etapas.

Siendo, como hemos visto más arriba, variable el momento en que la reacción de Wassermann se hace positiva en el suero sanguíneo, no debemos contentarnos con una reacción de Wassermann negativa en los enfermos que se nos presentan con lesiones del pene, sino que debemos repetirla por lo menos cada ocho días, durante los tres primeros meses.

Comúnmente hemos observado que la reacción de Wassermann que era negativa en los primeros exámenes, se ha hecho luego positiva, casi siempre entre los veinte y veinticinco días, y nunca después de los tres meses.

Es por esto que nosotros creemos que es de gran importancia estudiar desde el punto de vista serológico a los enfermos que se nos presentan con esta clase de lesiones.

Según nuestras estadísticas, sobre un total de sesenta chancros sifilíticos, hemos encontrado que la reacción de Wassermann se ha hecho positiva: entre los diez y quince días, en doce casos; entre los veinticinco y treinta días, en cuarenta y cuatro casos, y entre los dos y tres meses, en cuatro casos.

Habiendo hecho la reacción de Wassermann en serie a cincuenta y seis casos de chancros blandos, durante tres meses, hemos comprobado que siempre se ha mantenido negativa. Algunos de estos enfermos han vuelto al Servicio después, pasados seis meses o un año, y siempre han conservado su reacción de Wassermann negativa.

La reacción de Wassermann en la sífilis secundaria

La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, en el período secundario de la sífilis, en sus diversas manifestaciones (roseola, sifílides papulosas, sifílides pápulo-escamosas,

alopecia, placas mucosas, etc.), es siempre positiva total, 11º de la escala de Vernes, que es la que se emplea en el Laboratorio Profiláctico de la Sífilis.

Si nos atrevemos a hacer esta afirmación, es porque hemos comprobado este hecho en todos los enfermos que hemos observado, tanto en nuestras clínicas como en nuestra clientela privada, siempre que hemos querido confirmar nuestro diagnóstico clínico. Nuestras estadísticas nos dan un porcentaje de cien por ciento de reacciones positivas.

A pesar de haber comprobado que la reacción de Wassermann en el período secundario es siempre positiva, nunca dejamos de hacerla a nuestros enfermos, puesto que de esa manera contraloreamos nuestro diagnóstico clínico.

Muchas veces, en nuestra práctica diaria, se nos han presentado enfermos con lesiones típicas del período secundario, a quienes se les había hecho la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo y cuyo resultado era francamente negativo. Grande ha sido entonces nuestra sorpresa, puesto que eran enfermos que clínicamente no ofrecían duda alguna. En esas circunstancias siempre hemos dudado de la exactitud de esa reacción de Wassermann y hemos pensado que esa discordancia con la clínica era debida a errores de laboratorio. Poco nos ha costado convencernos de que estábamos en lo cierto, pues hemos hecho hacer a esos enfermos una nueva reacción de Wassermann en el Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, donde se contralorean siempre todos los resultados con la clínica, y entonces hemos podido comprobar que la reacción de Wassermann que nos había ofrecido dudas era francamente positiva.

Nuestros datos estadísticos comprueban que habiendo hecho la reacción de Wassermann en ciento cuarenta y ocho casos de sífilis secundaria, nos ha dado siempre resultado positivo total.

La reacción de Wassermann en la sífilis terciaria o período de localización

En el estudio de la reacción de Wassermann en este período de la enfermedad, nos encontramos con que se nos presenta con la misma claridad que en los períodos primario y secundario.

Es así que en vez de tener un porcentaje de un cien por ciento de reacciones de Wassermann positivas, como en el período secundario, nos encontramos con un porcentaje me-

nor, que oscila entre un noventa o un noventa y cinco por ciento.

Según Balzer, el porcentaje de resultados positivos es de un ochenta y cinco a un noventa por ciento, y, según Fordyce, de un noventa y cinco por ciento.

En las manifestaciones cutáneas y óseas de este período, hemos encontrado un porcentaje que se acerca a un cien por ciento de reacciones positivas totales.

Hemos tenido algunos casos de lesiones cutáneas de aspecto clínico bien definido, que nos han dado reacciones positivas atenuadas y otros en que las reacciones, repetidas varias veces, han sido negativas.

En las osteítis y ósteo-periostitis de este período que hemos tenido oportunidad de observar, hemos encontrado siempre reacciones de Wassermann positivas totales.

En la sífilis arterial, como ser en los aneurismas de la aorta y en las estrecheces y dilataciones de este importante vaso, que son las más frecuentes de las localizaciones arteriales, hemos encontrado la reacción de Wassermann positiva en un 90 por ciento de los casos. En algunos casos que hemos hallado reacciones de Wassermann negativas, no hemos podido afirmar, previo buen interrogatorio y detenido examen de los enfermos, que se tratara de lesiones de origen sifilítico.

En la sífilis ocular del período terciario (iritis, irido-coroiditis, corio-retinitis, etc.), es muy frecuente observar que la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo da un resultado negativo, a pesar de que clínicamente esas lesiones no ofrecen dudas sobre su origen. La prueba de ello es que las hemos visto regresar, y a menudo curar, haciendo en estos enfermos un tratamiento específico enérgico.

Hay, sin embargo, dos afecciones del aparato ocular, que son las irido-coroiditis y las corio-retinitis, que dan reacción Wassermann positiva en un noventa y cinco por ciento de los casos.

Es, pues, en esta clase de lesiones del aparato ocular en que la reacción de Wassermann presenta más discordancias con la clínica, no permitiéndonos, por lo tanto, servirnos de ella para afirmar el diagnóstico.

En cuanto a la sífilis del sistema nervioso (cerebro, médula, meninges, etc.), que hoy día ha adquirido una grandísima importancia debido a los estudios recientes sobre las modificaciones y alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, no nos ocuparemos de ella, porque nos obligaría a extender demasiado este trabajo; sólo diremos que es muy frecuente encontrar

enfermos que presenten lesiones clínicas del sistema nervioso de origen sifilítico, y que tienen reacción de Wassermann negativa en el suero sanguíneo. Estos mismos enfermos presentan modificaciones y alteraciones de su líquido céfalo-raquídeo, como ser: albuminosis y linfocitosis, e investigando en él la reacción de Wassermann nos encontramos con que siempre, o casi siempre, nos da resultado positivo. Por estas razones, creemos que en estos enfermos se debe dar más importancia al examen del líquido céfalo raquídeo que a la reacción de Wassermann del suero sanguíneo.

En cuanto a las lesiones específicas del aparato respiratorio, del aparato digestivo, del riñón, etc., cuyo diagnóstico clínico presenta comúnmente muchas dificultades, a tal punto que es a menudo difícil despistar el verdadero origen de la afección, no debemos olvidar que la reacción de Wassermann nos presta entonces una verdadera ayuda, bien comparable, por cierto, al tratamiento de prueba de los clásicos.

Los datos de la clínica en los casos de sífilis terciaria que hemos observado nos arrojan el siguiente resultado:

Gomas, sifílides tubérculo-ulcerosas, periostitis, etc. Veinticinco casos con reacción de Wassermann positiva total.

Localizaciones arteriales, insuficiencia aórtica, aortitis y aneurismas de la aorta, — treinta y cinco casos; — veintiocho con reacción de Wassermann positiva total y siete con reacción de Wassermann negativa.

Entre estos últimos: dos aneurismas de la aorta y cinco insuficiencias aórticas.

La reacción de Wassermann en la sífilis ignorada

Es en la sífilis ignorada que, a nuestro juicio, la reacción de Wassermann adquiere un valor inestimable, puesto que gracias a ella hemos podido comprobar un buen número de casos que, sin su ayuda, nos hubiera sido imposible hacerlo. Hemos observado muy comúnmente, tanto en nuestra clínica hospitalaria como en nuestra clientela privada, enfermos que se nos han presentado con algunos síntomas, como ser: cefaleas, mareos, dolores generalizados, etc., y a quienes, después de un minucioso interrogatorio y de haberles hecho un detenido examen clínico, no hemos podido llegar a un diagnóstico claro. A estos enfermos, siempre que hemos sospechado el probable origen sifilítico, le hemos hecho hacer la reacción de Wassermann, que ha sido la que más de una vez nos ha aclarado el diagnóstico. Al lado de estos casos, que se nos han

presentado con una pobre sintomatología clínica y negando todo antecedente, debemos citar otros que, a nuestro juicio, tienen una estrecha relación con ellos.

Nos queremos referir a la frecuencia enorme con que hemos hallado la sífilis ignorada en las prostitutas. En efecto: haciendo sistemáticamente la reacción de Wassermann a las prostitutas que negaban todo antecedente específico y que no presentaban ninguna sintomatología clínica, nos hemos encontrado con que muchas de ellas tenían reacción de Wassermann positivas. Nosotros, al obtener estos resultados potivos, no hemos dudado nunca de que nos halláramos frente a enfermos que tenían con toda seguridad una sífilis ignorada.

Las razones por las cuales, cuando nos hemos hallado en presencia de estos casos, no hemos dudado que nos encontrábamos frente a enfermas que estaban atacadas de sífilis, presentando como único síntoma una reacción de Wassermann positiva, las vamos a expresar en pocas líneas. En efecto: es proverbial lo difícil que es ver el accidente inicial de la sífilis en la mujer y también no es frecuente poder ver a estas enfermas en el momento en que están en plena actividad los accidentes secundarios; fuera de que muchas veces evoluciona la enfermedad, sin que estos accidentes secundarios se pongan de manifiesto francamente.

Otra razón poderosa que hace desaparecer nuestra duda frente a estos casos, es la gran frecuencia con que estas enfermas se exponen al contagio, dado los múltiples contactos con sujetos enfermos en período inicial o secundario de la enfermedad.

Muchas veces, haciendo un fino interrogatorio, hemos podido comprobar que estas enfermas han hecho vida marital en determinadas épocas con sujetos que eran sifilíticos, algunos en pleno tratamiento, y otros que no se preocupaban mayormente de su enfermedad.

A propósito de este hecho, últimamente uno de nosotros en su clientela privada, se vió en la necesidad de interpretar un caso que por las discusiones que suscitó con algunos colegas, merece ser citado en este trabajo.

J. D., de 35 años, soltera, de profesión artista. Antecedentes familiares: sin importancia. Antecedentes personales: en su primera infancia no ha tenido ninguna enfermedad, después de adulta ha tenido colitis, gripe, amigdalitis y crisis nerviosas con fondo claro de histerismo. No ha tenido embarazos.

Su vida genital empieza a los diez y ocho años, haciendo vida marital con un sujeto sifilítico, durante dos años.

Después de esto, ha ejercido la prostitución hasta el momento actual.

Desde hace dos años tiene frecuentes crisis nerviosas, estando casi continuamente dominada por una excitabilidad exagerada; no es cocainómana, pero hace abusos del alcohol con bastante frecuencia.

A raíz de una de estas crisis nerviosas, y con motivo de tener frecuentes neuralgias, consultó a varios colegas; uno de ellos le hizo hacer una reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, que fué positiva total. Con este motivo le hizo diez inyecciones intravenosas de neosalvarsán; depués de terminada esta serie le hizo hacer otra reacción de Wassermann, que también fué positiva total. En estas condiciones vino a consultar a uno de nosotros, quien, después de un detenido examen, no sacó más dato útil que el hecho de haber vivido maritalmente con un sujeto sifilítico, a la edad de diez y ocho años, como más arriba lo expusimos. En vista de esto se le hizo tomar una reacción de Wassermann en el laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, que resultó positiva total.

No satisfecha la enferma, decide consultar a otros colegas, quienes no le dan valor a la reacción de Wassermann positiva, repetida varias veces, e interpretan el caso como si la enferma no fuera sifilítica. A pesar de esto, la enferma viene nuevamente a ponerse en nuestras manos y se decide a tomar el tratamiento antisifilítico por nosotros aconsejado.

En pleno tratamiento de enesol, porque no toleraba ni el neosalvarsán ni el mercurio, le hemos hecho otras reacciones de Wassermann y todas han sido positivas. Olvidábamos decir que se le hizo también la punción lumbar, encontrándose el líquido céfalo-raquídeo normal, siendo esto la causa de que algunos colegas desecharan la idea de que se estaba en presencia de una enferma de sífilis.

¿Cómo debemos interpretar el caso?

Para nosotros, el caso no admite dudas; la enferma es una sifilítica, y es una sifilítica porque es una prostituta que ha vivido dos años con un sujeto sifilítico y porque tiene reacción de Wassermann positiva, repetida varias veces.

A primera vista parecerían unas razones muy aventuradas, pero nosotros no hemos podido darle otra interpretación al caso, dada la frecuencia con que hemos encontrado en la clínica hospitalaria y en la clientela privada, la reacción de Wassermann positiva en las prostitutas que no tenían síntomas de sífilis.

Otro de los puntos importantes de la sífilis ignorada, es la frecuencia con que ésta se presenta, dando como único síntoma apreciable, los abortos repetidos y los partos prematuros.

Haciendo la reacción de Wassermann a estas enfermas nos hemos encontrado con un porcentaje alto de reacciones de Wassermann positivas totales.

Por lo tanto, la reacción de Wassermann nos presta aquí también una valiosa ayuda, puesto que sin ella nos veríamos imposibilitados, en muchísimos casos, de llegar al diagnóstico claro de la sífilis, y tendríamos que caer entonces en el empirismo, haciendo el viejo tratamiento de prueba a esta clase de enfermos.

Creemos haber tratado los puntos más importantes, relacionados con la sífilis ignorada, y haber demostrado el eficaz concurso que nos brinda la reacción de Wassermann.

Nuestra estadística acusa, sobre ciento ochenta y dos casos de sífilis ignorada con reacción de Wassermann positiva total, sesenta y cinco casos en que las manifestaciones eran: abortos a repetición, y ciento diez y siete casos con síntomas difusos, como ser: cefaleas, mareos y dolores generalizados.

Finalmente, diremos que la reacción de Wassermann es un arma útil para llegar al diagnóstico de la sífilis, y que no debemos abandonarla, aunque tenga sus imperfecciones, hasta no estar seguros de haber encontrado una reacción que la sustituya con ventajas.

Sin pretender reivindicar para esta reacción el carácter de infalible, queremos, sí, por intermedio de este trabajo, generalizar el concepto que nos merece y la interpretación que de ella debe hacerse, lo que permitirá al clínico poseer un precioso medio para el diagnóstico de las afecciones sifilíticas.

Es quizá la reacción de laboratorio a quien más se le ha exigido; no se conforman con que denuncie la naturaleza sifilítica de un chancro, entre los diez y cuarenta y cinco días de iniciada la lesión; no basta con que, en el período secundario o de generalización, muestre su carácter específico en un cien por ciento de los casos; ni que en toda localización del proceso, fuere cual fuere, ponga de manifiesto su origen treponémico en más de un noventa por ciento. Ni siquiera hay para ello ese margen de tolerancia que se acepta para toda investigación serológica.

Sus fracasos no se le perdonan, y bien sabemos, los que actuamos algo en laboratorio, que la mayor parte de los que le son imputados, deben ir al haber del operador. Estos son casi siempre, por no decir siempre, los culpables de resultados erróneos, y ellos son los que han contribuído a hacer caer en el descrédito un procedimiento de investigación de tanta importancia.

Conocer la técnica de la reacción de Wassermann, no significa ni saber hacerla, ni obtener buenos resultados.

Esto, que a simple vista parece un contrasentido, es la más desconsoladora de las verdades.

Se ha querido sensibilizar en tal forma esta reacción, que se han multiplicado en extremo los procedimientos, y es así cómo se cuentan por decenas los antígenos utilizados.

Los exámenes de la gran mayoría de los laboratorios adolecen de un defecto capital, y es el de que esas reacciones han sido hechas con antígenos cuya bondad se desconoce, por no haber sido rigurosamente contralorcados.

Preparar un antígeno por cualquiera de los procedimientos en uso y realizar con él la reacción de Wassermann sin contralor alguno, es ir inevitablemente a desastrosos resultados.

Son esos errores los que han llevado al descrédito la reacción de Wassermann. Cansados estamos de resultados contradictorios y cuando se ha pedido el contralor al Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, hemos podido comprobar la deficiencia manifiesta en que se opera en la gran mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

1.ª Siempre que se sospecha que un enfermo pueda tener sífilis, se le debe hacer la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, antes de aplicarle tratamiento alguno.

2.ª Dado los inconvenientes que presenta la investigación del treponema de Schaudinn, en los accidentes iniciales (lesiones tratadas localmente, infecciones sobreagregadas, faltas de técnica, etc.), lo que nos imposibilita en muchos casos para llegar a un diagnóstico seguro, se hace imprescindible completar este examen con el estudio serológico del enfermo, por reacciones de Wassermann en serie.

3.ª Siendo variable en la sífilis inicial, el momento en que la reacción de Wassermann se hace positiva en el suero sanguíneo (entre diez y cuarenta días), debemos siempre repetirla cada ocho días, hasta pasado el término de tres meses,

desde el comienzo del accidente inicial, cuando ella es negativa.

4.ª Habiendo observado en la clínica que hay lesiones del pene, de otro orden, que enmascaran infecciones sifilíticas, debemos estudiar a todos los enfermos que se nos presenten con esta clase de lesiones, desde el punto de vista serológico, durante tres meses, a contar desde la iniciación de la lesión.

5.ª La reacción de Wassermann en la sífilis secundaria siempre está de acuerdo con la clínica, pues hemos hallado en nuestras observaciones un porcentaje de ciento por ciento de reacciones de Wassermann positivas totales.

6.ª En los casos que la reacción de Wassermann da resultados negativos, en el período secundario de la sífilis, es porque ha habido errores de laboratorio, como lo hemos podido comprobar contraloreando esos resultados, haciendo nuevas reacciones en el Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis.

7.ª La reacción de Wassermann en la sífilis terciaria, da un porcentaje de resultados positivos de un noventa a un noventa y cinco por ciento, especialmente en las sífilis arteriales, dilataciones y estrecheces de la aorta y aneurismas, y de un cien por ciento en las osteítis y lesiones cutáneas.

8.ª En la sífilis ocular del período terciario es donde menos ayuda nos presta la reacción de Wassermann para contralorear el diagnóstico, puesto que, a pesar de que las corioretinitis e iridocoroiditis dan un porcentaje de un noventa y cinco por ciento de reacciones de Wassermann positivas, nos encontramos en las otras localizaciones del aparato ocular, con un porcentaje grande de reacciones de Wassermann negativas.

9.ª En la sífilis nerviosa se debe dar más importancia al examen del líquido céfalo-raquídeo que a la reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, dado que en muchísimos casos la reacción de Wassermann es negativa en la sangre, y a pesar de eso existen alteraciones y reacciones de Wassermann positivas en el líquido céfalo-raquídeo.

10.ª En las lesiones terciarias de los aparatos respiratorio, digestivo, renal, etc., cuyo diagnóstico clínico ofrece dudas, es siempre la reacción de Wassermann la que aclara el diagnóstico.

11.ª En la sífilis ignorada, sin manifestaciones y con sintomatología difusa (cefaleas, mareos, dolores generalizados, etc.), es siempre la reacción de Wassermann la que hace el diagnóstico.

12.ª Corrientemente hemos observado que la reacción de

Wassermann es positiva en las prostitutas que niegan antecedentes y que no tienen síntomas de sífilis. Siempre hemos interpretado estos resultados como si estuviéramos en presencia de una sífilis ignorada.

13.ª En presencia de enfermas que tengan abortos repetidos, siempre les debemos hacer la reacción de Wassermann, la que frecuentemente nos descubrirá una sífilis ignorada.

14.ª Dado el enorme porcentaje de reacciones positivas que están de acuerdo con los diagnósticos clínicos de sífilis, debemos considerar a esta reacción como específica de la enfermedad, recordando que es un arma útil, y que, a pesar de sus imperfecciones, no debemos abandonarla, hasta que no estemos seguros de haber encontrado otra que la sustituya con ventajas.

Las parálisis faciales y la Sífilis

El reflejo «la bofetada mímica»

POR EL DR. FERNANDO ABENTE HAEDO (Florida. Uruguay)

Asistente de Clínica de la Facultad de Medicina de Montevideo.— Médico cirujano del Hospital Florida

Director de la Clínica de Sífilis de Florida.—Delegado del Paraguay

El nervio facial es el nervio de la mímica. Y es por eso que cuando se produce una parálisis facial—sobre todo del tipo periférico—los músculos inervados por él no pueden mantener su tonus permanente, o no pueden transmitir las excitaciones voluntarias, y la fisionomía del enfermo revela—claramente, sin necesidad de poner mucha atención—el déficit del VII par.

A la asimetría de la cara—exagerada por los movimientos—hay que unir los trastornos de los órganos de los sentidos—oído, olfato, gusto—y el cuadro clínico resulta así fácil de reconocer.

Nosotros no vamos a detener la marcha de este Honorable Congreso, para repetir aquí toda la rica sintomatología que presentan estas parálisis del tipo periférico. Tampoco vamos a insistir sobre su etiología, aunque sea bueno recordar que la sífilis — que no perdona nada — puede interesar este nervio en su trayectoria periférica y a diferentes alturas.

Pasamos, pues, por alto las parálisis del tipo periférico, que nunca pasan inadvertidas.

Pero no siempre es así en las parálisis del facial, sobre todo cuando se trata del tipo central.

En estas parálisis supranucleares, la lesión puede estar situada en cualquier nivel del trayecto de la neurona opérculo-bulbar del nervio facial, desde la extremidad inferior de la circunvolución frontal ascendente — centro de la neurona —hasta su arborización alrededor del núcleo de origen de ese nervio, en la región bulbo-protuberancial.

En estos casos, puede resultar difícil reconocer una parálisis del VII par. En efecto: las parálisis del tipo central no interesan o interesan poco el facial superior. Y es así como, el orbicular de los párpados y los músculos de la frente parecen ser respetados. Pero, en verdad, ellos son solamente menos tocados, y un examen detenido puede encontrar trastornos de la fuerza, de la amplitud de los movimientos, del tonus de esos músculos. De manera que el facial está paralizado en su totalidad, y si él ahorra en el territorio superior, es por un hecho de observación corriente en las hemiplegias: los movimientos asociados son afectados en menor grado que los movimientos asinérgicos.

Por otra parte, no es raro en este tipo de parálisis que pase inadvertida—en medio del cuadro clínico de conjunto —la asimetría, muchas veces pequeña, del territorio de la cara, inervado por el facial inferior.

Mucho más difícil es reconocer, en algunos casos, esa parálisis del tipo supranuclear, cuando ella se presenta en un enfermo en estado comatoso o semi-inconsciente.

En esas circunstancias, el estudio de los reflejos nos sirve de poderoso auxilio. Y es en esas condiciones—solamente en esas condiciones—que la ausencia o la disminución de nuestro reflejo, la BOFETADA MÍMICA, puede revelar la existencia de una parálisis facial.

Pero veamos en qué consiste nuestro reflejo, cómo se investiga, cuáles son sus vías.

Y bien, se investiga dando una BOFETADA—más o menos fuerte—en la mejilla del enfermo. El golpe, que se da con la mano abierta en el carrillo, provoca una MÍMICA por la contracción involuntaria de los músculos de la cara inervados por el facial.

El arco de nuestro reflejo está formado por el trigémino como vía sensitiva, centrípeta, y el facial como vía motriz, centrífuga.

En la parálisis que comentamos, se encuentra interrumpido el arco de nuestro reflejo. Así, pues, del lado paraliza-

do, el golpe no producirá la contracción de los músculos citados.

Encontramos también, disminuídos o abolidos, los reflejos: *conjuntivo-palpebral* y el *óculo-mímico*. El reflejo *cutáneo del cuello*—tan útil para pesquisar las parálisis faciales frustras,—no lo podemos contar aquí, puesto que para su investigación se necesita la voluntad del enfermo, lo que no es el caso.

En la etiología de las parálisis faciales a tipo central — vayan o no asociadas a las parálisis de los miembros—sería grueso error desconocer la sífilis. Es, en efecto, la sífilis,—tocando las arterias de la masa encefálica, provocando trombosis, produciendo hemorragias—la gran responsable de un gran número de las parálisis faciales con o sin hemiplegias. Y, sin embargo, se falsean todos los días, y a sabiendas, las estadísticas. Y se dice: hemiplegias, trombosis, hemorragias cerebrales, en lugar de decir: arteritis sifilíticas provocando hemiplegias, trombosis, hemorragias cerebrales.

Es tiempo de reaccionar contra esa práctica que engaña a los demás y concluye por desorientar nuestras estadísticas.

Nosotros no queremos continuar distrayendo la atención de esta asamblea. Ahí está nuestro reflejo, que ponemos a la consideración del II Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, como modesta contribución al estudio de la infección treponémica.

Discusión general de los trabajos anteriores

Neocle Ragusin (Buenos Aires). — Creo conveniente, en los tabéticos, agregar al tratamiento general arseno-mercurio-yodurado, el tratamiento por vía endorraquídea, el cual, sea por neosalvarsán o sea por el mercurio, especialmente el mercurio coloidal, es completamente innocuo, siempre que se haga con la prudencia absoluta que requieren estos casos.

Para que este método dé buen resultado, es necesario siempre, como condición previa, que sea precedido por el tratamiento general intenso, con el máximo de energía, y aún intercalando al tratamiento endorraquídeo, el tratamiento general.

Bartolomé Vignale (Montevideo). — Elogia el trabajo del doctor Baliña y relata un caso de sífilis cerebral sin signos serológicos, mejorado por el tratamiento prolongado.

Héctor Del Campo (Montevideo). — Pide al Congreso se pronuncie sobre si hay inconveniente o peligro en practicar la punción lumbar en todo sifilítico, cualquiera que sea el período de infección.

—Observando el trabajo del doctor Ragusin, declara haber encontrado en los líquidos céfalo-raquídeos de tabéticos, siempre, las reacciones serológicas que prueban su origen sifilítico, salvo en casos muy raros, lo que permitiría aceptar un 95 a 98 o|o de líquidos positivos en esas localizaciones.

—Hace notar que la reacción de Wassermann en la sangre, si da negativa, no tiene valor ninguno y que los parciales son los resultados más comunes en esos casos. Observa que, como resultado de esta observación, en enfermos tratados en otro tiempo y cuya sangre da resultado parcial, ha practicado la punción lumbar de inmediato, habiendo encontrado el líquido positivo. Aconseja que en casos semejantes se siga el mismo criterio.

—Sobre las inyecciones intrarraquídeas, declara no tener experiencia, y si no las ha practicado es porque tiene la opinión autorizada del doctor Vernes, quien, habiéndolas hecho por cientos, no ha obtenido resultado alguno.

—Aplaude al doctor Baliña por su interesante conferencia, recalcando la necesidad de generalizar el criterio de que las series de 5 o 6 inyecciones son las culpables de que hoy veamos gran cantidad de sífilis latentes o con localizaciones nerviosas.

—Manifiesta no tener tanto temor a los fenómenos de Herxheimer, a quienes tanta importancia da el doctor Baliña, y se basa en su práctica en el Dispensario Central, donde a pesar de los miles de inyecciones hechas, no los ha observado sino muy raramente.

—Refiere algunos casos de sífilis oculares, retinitis, coreoretinitis, coroiditis, tratados con neosalvarsán, sin que haya habido reacción fastidiosa alguna y sin seguir la técnica del doctor Baliña, sino inyectando neo desde el comienzo. Prueba los óptimos resultados obtenidos.

—Sobre las atrofias papilares, considera que el optimismo manifestado por el doctor Baliña puede llevar a la convicción de que toda atrofia papilar es curable, lo que cree que hay interés en poner en claro, para no tener sorpresas desagradables. Cita casos de enfermos de esa naturaleza, en los que toda medicación es inútil. Llega a la conclusión de que, desgraciadamente, el porcentaje de unas y otras debe ser semejante.

—En contestación al trabajo del doctor May sobre pronóstico en el tabes, cree que debe ser encarado haciendo una clasificación de este proceso. Si el primer período, el inicial, ofrece un pronóstico muy favorable y la cura es fácil, no es lo mismo con los tabes a manifestaciones clínicas, los cuales si mejoran en su estado general, mejora asombrosa en muchos casos, su líquido persiste positivo, desapareciendo la albúmina y la citología, todo a pesar de un

tratamiento tenaz y continuado. Frente a estos casos hay los viejos tabes, en los que si desaparecen algunos signos, persisten los más, a pesar de toda medicación.

Cita distintos casos que apoyan las declaraciones anteriores.

Neocle Ragusin (Buenos Aires).—Explica que usa el tratamiento intrarraquídeo por fracaso del intravenoso.

José May (Montevideo).—En lo que se refiere a la exposición del profesor Baliña, debo manifestar que ella no ha hecho sino confirmar el alto concepto que teníamos formado de su personalidad científica, por las referencias que nos hiciera nuestro malogrado colega el doctor Julián Rosende.

Sus palabras de aliento en lo que se refiere a la salvarsanoterapia, han sido escuchadas con verdadero placer por los que estamos empeñados en la obra del Instituto, como acaba de decirlo el doctor Del Campo.

Con el profesor Baliña, no creemos que exista sífilis benigna. Nuestra corta estadística sobre catorce casos de sífilis secundaria nos da el 50 o|o de reacción linfocitaria y dos reacciones positivas, sin que tenga nada que ver la mayor o menor confluencia de las lesiones cutáneas, con la menor o mayor reacción meníngea que hemos visto indistintamente en uno y en otro caso.

La lectura de nuestros trabajos demuestra que, en conjunto, estamos de acuerdo con la exposición hecha por el doctor Baliña, habiendo observado como él casos que serológicamente no tenían reacción alguna, y que, sin embargo, clínicamente presentaban síntomas de tabes, que ceden al tratamiento. No he tenido, como él, éxitos en los casos de tabes, que, como he expuesto, han llegado a la caquexia tabética o han visto aparecer nuevos síntomas, a pesar del tratamiento, o a la suspensión del tratamiento. Tampoco hemos tenido mayor éxito en los casos de atrofia óptica, a pesar de la insistencia en el tratamiento arsenical, que hemos usado sin temor en otras localizaciones oculares — papilitis hemorrágica, trombosis de la vena central de la retina — en contra de la opinión de algún oculista.

En cuanto a lo expresado por el doctor Ragusin, sobre el uso del tratamiento intrarraquídeo de nuestros enfermos de tabes, debemos manifestar que no nos ha sido necesario recurrir a él, pues nuestros enfermos han llegado a mejorar serologicamente y en algunos casos a desaparecer toda reacción, a pesar de lo cual persistía la sintomatología del tabes.

Fuera de los casos de tabes, en el período de meningitis sifilítica, que puede responder a cualquiera de las localizaciones nerviosas, tabes, P. G., etc., y que pueden ser latentes o con manifestaciones clínicas, cambio de carácter, irritabilidad, cansancio intelectual, trastornos oculares, etc., en estos casos hemos tenido la curación total, como tuve oportunidad de mostrar las historias y las gráficas

de algunos enfermos a los señores congresales doctores Wernicke, Ragusin y Roa, en la visita a la Policlínica Dermatológica.

Los casos expuestos en mi trabajo son bien de tabes clínicamente diagnosticable, a pesar de las serorreacciones negativas, y aunque se busca en algunos casos que son serológicamente negativos otra etiología que la sífilis, debemos recordar que no basta la negatividad para descartarla.

Observo y trato actualmente una señora tabética con R. W. positiva en el líquido céfalo-raquídeo, con antecedentes de abortos e hijos muertos de pocos meses; cuyo marido niega toda clase de antecedentes, con ganglios epitrocleanos, R. W. negativa en la sangre y punción lumbar con R. W. negativa, 2,2 linfocitos y albúmina normal, con sindroma de tabes frustro, con un hijo de frente olímpica, estrábico, observación que publicaré oportunamente de tabes conyugal, y que demuestra que no basta la negatividad para descartar la sífilis como etiología de un tabes.

Pedro L. Baliña (Buenos Aires).—Insiste sobre la acción eficaz del cianuro en las afecciones oculares y elogia las intermitencias y la combinación de los medicamentos.

Máximo Halty (Montevideo).—Combate la intermitencia y elogia la sucesión de los diversos medicamentos.

Joaquín González (México).—Se manifiesta partidario del tratamiento intrarraquídeo y expresa las opiniones de Fordyce, basadas en 5,000 casos tratados por medicación intrarraquídea.

CUARTA SESIÓN

JUEVES 13 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 9

Presidencias de los doctores Ulysses de Nonohay (Porto Alegre, Brasil) y Joaquín González (México)
Secretario: doctor Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

Continuación de la discusión de la sesión del martes

Neocle Ragusin (Buenos Aires).—En cuanto a las dificultades que se presentan al tratamiento antisifilítico en individuos intolerantes, tanto para el As. como para el Hg., creo, como lo hace el doctor Díaz en Buenos Aires, y por mi experiencia personal, que usado a altas dosis como tónico general o como espirilicida, coloca al individuo en condiciones de mejor tolerancia y de mayor receptividad para los antisifilíticos. Se trataría de dosis diarias, de inyecciones intramusculares, de 0.60 a un gramo de cacodilato de soda.

Yo me coloco en la situación del doctor May, que hace el tratamiento arsenical de la sífilis, a fines de profilaxis, es cierto, que siempre bajo la idea de su máxima esterilización, como también bajo la idea de la menor molestia al enfermo, para de ese modo obtener la mayor concurrencia de éste. Pero, cuando sea posible, creo que debe usarse, como lo indicó Erhlich, en la Conferencia Médica de noviembre de 1912 en Londres, que la fórmula Ars.+Hg+Yodo son medicamentos insustituíbles en el tratamiento de la sífilis, que aisladamente son muy buenos pero, en conjunto, su acción es más enérgica y muy superior.

Víctor Idoyaga (Asunción).—En lo referente al tratamiento arsenical en la sífilis, no somos partidarios del empleo sistemático de las sales arsenicales, ni en los Institutos profilácticos ni en la clientela privada, pero le damos preferencia, en primer término, y empleamos como coadyuvante el mercurio, sobre todo en los períodos 1.º y 2.º; el yodo y los yoduros en las formas terciarias.

Bartolomé Vignale (Montevideo).—Hace conocer ciertas formas de afecciones cutáneas que pueden ser mejoradas con la inyección a altas dosis de cacodilato de soda, y cita el caso de un lupus tuberculo-ulceroso tratado con el doctor Julián Rosende, — el enfermo B. S.,—que se curó con la aplicación de pomada de calomel en aplicación local (a altas dosis) y altas dosis de cacodilato.

Describe la historia completa y presenta al enfermo curado.

Cita el caso de un tratamiento del lupus a base de calomel y cacodilato de soda.

Cita el caso de síntomas alarmantes por el neosalvarsán, creyendo que es muy inferior al anterior.

Recuerda el caso relatado de empeoramiento por el neosalvarsán y mejorado por el 606, aplicados por el doctor May, que aconsejó su aplicación.

Ulysses de Nonohay (Porto Alegre). — Diz que vem trazer a debate o resultado de suas verificações a respeito das interessantes questiões, ora debatidas, e levantadas pelo illustrado Prof. Baliña. Assim, a proposito dos arsenicaes, colloca-se ao lado do dr. May, considerando que o 606, conforme ao Dr. Emery, é ainda o mais energico de todos elles; afôra este, o Neosalvarsán e o Sulfarsenol, este melhor tolerado em geral. Não veio grandes vantagems no Silvarsalvarsán e nemhum nas inyecções de altas doses de Cacodylato de sodio. Estas só se mostram as vezes activas contra as dôres fulgurantes do Tabes.

Sobre a intolerancia, julga que não é devida as altas doses, porém a um estado do organismo. Saliente neste ponto as insufficiencias glandulares, referindo a proposito o caso de uma senhora que não tolerara, varias vezes, a menor dose de Neo.

Reconheciendo-lhe hypothiroidismo e debilidad supra-renal, fiz unos 15 diaz medicação opotherapica associada con Hg., para depois iniciar a serie que foi tolerada sim accidente immediato ou posterior até 0.60 centgr.

Justo F. González (Montevideo).—Es conveniente en todo enfermo sifilítico, tratarlo para destruir el Treponema Pallidum, pero debe tenerse en cuenta que hay que tratar también la lesión específica. Los arsenicales tienen una evidente acción sobre el treponema, son "espirilicidas", los mercuriales obran sobre la lesión celular, lesión producida por un especial metabolismo de la célula.

En cada enfermo, hay que tener en cuenta el tiempo de su lesión. Al principio es posible obtener el mayor éxito con el neosalvarsán, pero en un caso más avanzado habrá que añadir el mercurio para obtener óptimo resultado.

Hay, pues, que considerar, además de la arseno-resistencia del treponema, y de acostumbramiento de los arsenicales, la base dada por el profesor Wassermann, de tratar al enfermo con arsenicales y mercuriales, según los casos.

José May (Montevideo).—El doctor Baliña, en su respuesta, ha explicado más detalladamente su manera de proceder en el tratamiento de las atrofias ópticas, haciendo el empleo alternado de los tres clásicos remedios—arsénico, mercurio, yoduro de potasio,—evitando así la mitridatización, procedimiento que sigue también para las sífilis iniciales, manteniéndose alrededor de la dosis total de 5 a 6 gramos de neosalvarsán.

Con el mismo amplio criterio con que el doctor Baliña nos decía que aceptaría las modificaciones que se le propusieran, siempre que ellas fueran debidamente documentadas, nosotros, ante los resultados alentadores por él obtenidos en el tratamiento de las atrofias ópticas, nos proponemos ensayarlo en nuestros enfermos.

El doctor Baliña acaba de preguntar qué opinión nos hemos formado del valor terapéutico de los diferentes arsenicales.

No voy a referirme a los casos anteriormente tratados con el 606, cuando recién apareció, y entre los cuales tenemos algunos con R. W. positivas, sin lesiones, otros con lesiones y otros completamente negativos.

Usamos de preferencia el neosalvarsán a dosis muy grandes, no participando del temor de mitridatización, llegando a cantidades bastante grandes de medicación, como lo demostraron los gráficos expuestos correspondientes a enfermos con meningitis sifilíticas, y que dan, en un caso, 41 inyecciones en un año, total aproximado 30 gramos; en otro, 33 inyecciones en 9 meses, total aproximado 24 gramos; 4 inyecciones en un año, total aproximado 35 gramos; 87 inyecciones de neo y 20 de aceite gris, y 50 de cianuro intercalados en dos años, y para no fatigar más, cerca de 200 inyecciones en 5 años, con un total aproximado de 130 gramos.

Con todo, hemos observado casos de rebeldía al tratamiento a la dosis habitual, de 0.60, 0.70 por inyección semanal. Véase el resumen de algunas observaciones:

I. G. Jorge, que antes de tres semanas de terminada una serie de 20 neos de 0.75 y 0.90 las últimas, tiene lesiones mucosas que persisten a pesar de dosis altas de neo semanal, alternadas con cianuro, lesiones que desaparecen con la inyección de 606 (arsfenamina), y cuyo W. se hace negativo después de 5 inyecciones de 606.

II. Enfermo número 1199, que a pesar de 24 inyecciones de neosalvarsán y 11 de aceite gris intercaladas, tiene una sifílide ulcerosa de la lengua y del labio inferior, que se cierra a la primera inyección de 0.30 de 606, y que después de 5 inyecciones de 606 tenía aún W. positivo.

III. Enfermo número 1214, que diagnosticado antes de tener manifestaciones, ve aparecer, a menos de 20 días de suspender el tratamiento,—20 inyecciones de neosalvarsán,—placas mucosas rebeldes.

IV. Enfermo número 1331, que a pesar de 30 inyecciones de neosalvarsán, de 0.60 y 0.70, en pleno tratamiento, ve aparecer placas

mucosas en el paladar y en la lengua, que sólo desaparecen con dosis mayores de 0.90 y 1 gramo.

V. Enfermo número 1340, que tomado antes de la aparición de manifestaciones secundarias, en pleno tratamiento evoluciona una sifílide, psoriasiforme del dorso y del prepucio, que pareció yugular el silversalvarsán.

VI. Enfermo número 1349, que le aparecen placas mucosas después de haber recibido 37 inyecciones de neosalvarsán, a dosis de 0.70, 0.80, 0.90 semanales.

VII. Manuel L., con lesiones psoriasiformes de sífilis secundaria, que desaparecen con las primeras inyecciones de neoarzfenamina, para reaparecer antes de la 10.ª inyección, que resisten a una serie de inyecciones de sulfarsenol, que ceden a las dos primeras inyecciones de silversalvarsán, para reaparecer a la cuarta.

Como casi todas esas lesiones han cedido a la misma medicación arsenical a dosis mayores de 0.90 y 1 gramo semanal, o al 606, no creemos que pueda hablarse de mitridatización, sino más bien de dosis insuficientes o de eliminación rápida de la medicación, o de actividad antitreponémica menor, ya sea por el factor terreno, ya sea porque la terapéutica de estos últimos años entre nosotros, casi exclusivamente arsenical, haya modificado la resistencia del treponema a esta clase de modificación.

Dada la manera cómo se prepara el neoarsenobenzol, no creemos, con algunos autores, que éste sea de menor valor terapéutico; actualmente, lo que pasa en realidad es que, frente a casos en que la medicación en poca cantidad, 8, 10 inyecciones, en total 7, 8 gramos, han bastado para reducir un Wassermann y persistir negativo durante uno o dos años de observación; otros, como los ya citados, no ceden a cantidades que pueden estimarse en algunos hasta de más de 30 gramos. Si fuera efectivamente la resultante de una mitridatización o de un defecto de la medicación. como usamos la misma solución en todos los casos, y a todos les aplicamos en la primera serie, 15, 20 inyecciones generalmente, alrededor de 12, 15 gramos, no hubiéramos observado las diferencias señaladas: sífilis secundarias, que después de 8, 10 inyecciones tienen su W. negativo sin manifestaciones, al lado de otros, como los referidos más arriba, en que sin lesiones o con lesiones que desaparecieron a las primeras inyecciones, para reaparecer en pleno tratamiento, a las pocas inyecciones o a los pocos días de haberlas suspendido.

No creemos, pues, que sea cuestión de acostumbramiento, de razas de treponemas arsenorresistentes, ni de pérdida del valor curativo del neosalvarsán, ni aun mismo, como se verá por los casos siguientes, de exaltación de virulencia por pasaje, como en los demás virus.

Véanse, para comprobarlo, dos ejemplos:

El enfermo número 1349, cuyas lesiones resisten a 37 inyecciones

de neosalvarsán, sifiliza a su mujer, que después de veinte inyecciones de neosalvarsán tiene su W. negativo.

El otro ejemplo es más demostrativo. Una enferma, M. A., da a luz un hijo sifilítico, amamantado por un ama (enferma número 1425), que adquiere dos chancros del seno, uno en cada pezón. Esta sifiliza a su vez a su hija de dos años, por chancro del labio (enferma número 1500), con accidentes mucosos, niña que contagia a tres hermanos de la madre, a dos de los cuales asisto.

Pues bien: M. A., cuyo hijo ha fallecido, tiene R. W. negativa persistente por varios meses, sin tratamiento, después de una serie de 15 inyecciones de neosalvarsán; la madre y los dos tíos de la enferma número 1500, tienen W. negativo, después de una corta serie de neosalvarsán; en cambio, la enferma número 1500, ve aparecer lesiones que habían desaparecido, apenas cesa el tratamiento, por quince días, y que son muy rebeldes.

Véase bien que es factor importante, por no decir único, el terreno, y no la medicación: terreno distinto, esposo y esposa, ésta cura rápidamente; terrenos comparables o idénticos el de M. A., y la madre y tíos, ven su W. hacerse negativo rápidamente, mientras que la chica en que hay cruza, da un terreno en que el treponema es recidivante.

De ahí que concluyamos que en los casos de lesiones persistentes, a pesar de la medicación intensa, la causa de esta resistencia estriba en el terreno, coeficiente personal.

Esa pequeña revista de casos y de la terapéutica empleada, muestra que el valor curativo del sulfarsenol y del silversalvarsán, que lo empleamos precisamente donde fracasó el neo. a fin de poder comparar los resltados, no es superior a éste; en cambio, el 606, triunfó ampliamente, demostrando una actividad mayor.

Actualmente, para el estudio comparativo, haremos un grupo de enfermos que trataremos con neosalvarsán y mercurio, asociaremos el yoduro de potasio, de acuerdo con la fórmula, oportunamente recordada en el Congreso por nuestro distinguido colega argentino, doctor Neocle Ragusin y que sostuvo ya Erhlich, de que arsénico+mercurio+KI, constituye la fórmula máxima para combatir la sífilis.

Hemos de exponer en un trabajo futuro, el resultado de nuestra experiencia.

El doctor Del Campo ha reclamado la opinión de los señores congresales sobre la punción lumbar, objeto de profundas críticas por algunos colegas.

Pues bien: nosotros que la hemos practicado en todos los enfermos que la han aceptado. creemos, compartiendo el criterio general, que es imprescindible como elemento de diagnóstico y de orientación terapéutica.

Precisamente, uno de los capítulos de mi exposición versa sobre la importancia de las pequeñas linfocitosis en el líquido céfalo-raquí-

deo, y demuestra que en todos los casos en que existe un ligero aumento, hay trastornos clínicos o subjetivos, así como también pone de relieve las alteraciones en el período secundario.

En ese capítulo, expongo mi criterio sobre cuándo debe practicarse la punción lumbar.

Me parece demasiado largo el plazo que fija Ravaut, dentro de los primeros cuatro años, pues sería necesario tratar casi a ciegas en ese período a un enfermo, con un tratamiento crónico, intermitente, ya que no se puede dejar a un enfermo sin tratamiento por largo tiempo, sólo porque la reacción en la sangre sea negativa.

Siguiendo lo aconsejado por Vernes, he hecho la punción lumbar después de ocho meses de R. W. negativos en el suero sanguíneo, pero mi observación me demuestra que hay muchos enfermos que tienen una punción lumbar positiva, de modo que han estado perdiendo 8, 10 meses y aún más para los efectos del tratamiento.

Por otra parte, el reproche mayor que se hace a la practica de la punción lumbar en el período secundario es el temor de que la perforación por la aguja abra paso fácil al treponema por vía sanguínea, temor que juzgamos injustificado, pero que, teniéndolo en cuenta, nos ha llevado a aconsejar la punción en el momento en que después de una o dos series de inyecciones tengamos un resultado negativo.

Máximo Halty (Montevideo).—Cree que teóricamente no puede sostenerse el peligro de la infección meníngea por punciones hechas en enfermos secundarios, por cuanto en este período la sífilis es una septicemia y la duramadre está ampliamente irrigada y, por lo tanto, está impregnada por el microorganismo causal.

Elogia la acción del sulfarsenol, y manifiesta que está probada su eficacia y tolerancia.

Ha utilizado el bicarbonato de soda dado en ingestión, el día anterior y el día de la inyección, con buen resultado en muchos casos, para prevenir las crisis mitritoideas, expresando que lo ha puesto en práctica cuando la adrenalina no le ha dado el resultado que deseaba.

Joaquín González (México). — Cree conveniente tratar cada enfermo particularmente con mercurio o con arsénico, según los beneficios que pueda reportarle.

Pedro L. Baliña (Buenos Aires). — Dice que gradúa la duración del tratamiento, según las mejorías que nota. Sobre las punciones lumbares hechas en el período secundario, dice que está probado que cuando hay reacción meníngea, esto indica la presencia del treponema en el líquido céfalo-raquídeo, y dice que analizadas las ventajas y los inconvenientes de la punción lumbar, propone que el Congreso manifieste que ésta debe practicarse toda vez que se considere necesaria.

Habla sobre enemas en el caso de no poder hacer tratamiento por otra vía. Pero, manifiesta (y presenta un caso en su apoyo de un

niño con sifílides erosivas persistentes y resistentes a todos los medicamentos y que desapareció con la inyección intravenosa de neo), que cree en la superioridad de la vía endovenosa.

Octavio V. López (Montevideo).—Con respecto a la **salvarsanoterapia intrarraquídea**, me permito mencionar las conclusiones a que arribo el profesor de Neurología de la Facultad de Buenos Aires, doctor Mariano Alurralde, quien en compañía del doctor Mersbacher y simultáneamente el doctor Ragusin, fueron los primeros que aplicaron este nuevo método terapéutico en nuestro país, en el año 1914.

Sus observaciones fueron discutidas en la Sociedad Médica y han sido resumidas, varias de ellas, en la tesis de doctorado de doctor Tulio Moritán Colmán.

El doctor Alurralde opinaba en esa época, que el tratamiento por la vía intrarraquídea del novarsenobenzol, sólo debía realizarse después del fracaso de todos los demás medios terapéuticos, es decir, **era un tratamiento de EXCEPCION y sólo debía iniciarse con dosis mínima de medicamento (uno o dos miligramos disueltos en el líquido céfalo-raquídeo)**. Método de Schubert.

En este orden de ideas, estableció la siguiente conclusión terapéutica:

El tratamiento intrarraquídeo por el neosalvarsán sólo se justifica en los enfermos MERCURIO Y ARSENO-RESISTENTES.

De acuerdo con las nuevas modalidades terapéuticas, que han modificado fundamentalmente su dosificación, como lo revelan los trabajos y observaciones del profesor Baliña, que ve en las **NEURO-RECIDIVAS, focos larvados en actividad, al estímulo de la medicación, y que requieren la intensidad del tratamiento**; y recordando, que en la primera era del método de Erhlich, se aplicaba el tratamiento de los arsenicales con las reservas prudenciales que engendraban la nueva vía de experimentación, es presumible, que los **enfermos catalogados en mercurio y arseno-resistentes**, obedecieran a **TECNICAS DE DOSIFICACION**, restringiendo, por lo tanto, en la actualidad, el campo de sus **indicaciones terapéuticas**.

Fundadas estas reservas, me permito exponer las indicaciones del método:

1.º **En las sífilis nerviosas sistematizadas** (parálisis general y tabes) **EN LOS PRIMEROS PERIODOS.**

2.º **En la sífilis cerebral apopletiforme** o **en determinadas formas mentales.**

Son sus contraindicaciones formales, casi absolutas, **el tabes y parálisis general EN EL SEGUNDO PERIODO.**

En este caso, parece reanimarse el proceso anatómico de las lesiones.

Como se ve, sus indicaciones son bien limitadas, hacen un método excepcional de tratamiento y la distinción entre primero y segundo **período del tabes hacen algo ESQUEMATICAS SUS INDICACIONES.**

Y ya que se hace referencia a los métodos intrarraquídeos y por vía sanguínea de los arsenicales en la sífilis nerviosa, debemos mencionar y recordar el tratamiento **por las inyecciones solubles, a dosis intensivas, de los mercuriales (METODO DE PROKHOROW)**, con modificaciones en la técnica, en lo que respecta a su dosificación, y que fué objeto de un trabajo de conjunto de los profesores Aberastury y Semprúm, en el Congreso de 1904.

Héctor Del Campo (Montevideo).—Ve con placer que el Congreso se haya pronunciado de acuerdo con su proposición de la sesión anterior, haciendo recalcar la innocuidad y utilidad de la punción lumbar.

—Pone de manifiesto la necesidad de utilizar toda medicación contra la sífilis, pues es indispensable atacarla fuerte desde el primer momento.

—Hace notar que la bondad del neosalvarsán actual, como del novarsenobenzol, no es la misma que la de hace 5 o 6 años. Pone de manifiesto los accidentes a que da lugar, que no se observaban antes. Pide la rehabilitación que se merece el viejo 606, del cual cita casos que prueban su superioridad sobre los arsenicales actuales.

—Estudia los demas medicamentos: Silbesalvarsán, sulfarsenol, mercurio; el uso de enemas de arsenicales o supositorios mercuriales, de cacodilato de soda, citando los casos en que estos últimos deben ser empleados y los resultados obtenidos por los primeros.

—Considera que en la intolerancia de los enfermos a los arsenicales, hay gran parte de ella imputable a la idiosincrasia del enfermo, otra a la calidad del medicamento y deja un margen para la hipótesis de la mitridatización. Cita casos en apoyo de su tesis.

—Por último, estudia el tratamiento en los niños, aceptando el criterio de los doctores Baliña y Ragusin; pero dejando establecido que en cuanto sea posible, debe utilizarse el neo, porque los resultados obtenidos son realmente satisfactorios.

Miguel Aguerre Aróstegui (Montevideo).—Teniendo en cuenta la importancia considerable y las ventajas del tratamiento de la sífilis por el 914, vía endovenosa, en niños de pocos meses, me permito aconsejar el uso más frecuente de la **vena yugular** para ello. Durante mi interinato en el Asilo Dámaso Larrañaga, Servicio del doctor Carrau, hice uso frecuente de dicha vía, y mi impresión de su bondad no puede ser más excelente. La facilidad de su punción es igual a la de una **gruesa vena** del pliegue del codo. La técnica que usaba era la siguiente: aguja fina de inyección subcutánea; jeringa corta de uno o dos cc.. El niño. tenido por dos enfermeras, se coloca de costado sobre una mesa, con el cuello y cabeza desbordando. La enfermera que tiene la cabeza échala hacia abajo. El niño, al llorar, muestra su yugular, haciendo saliente, en caso de

que sea delgado, y si es grueso, por el tacto se nota perfectamente a través del tejido celular. En ese momento se puede hacer la punción. La enfermera que tiene el cuerpo del niño, puede, poniendo el dedo sobre la vena yugular a la altura de la base del cuello, evitar que se vacíe al hacer el niño inspiraciones, facilitando así la punción. Poniendo rápidamente al niño en la vertical y usando agujas finas, se evita la salida de sangre al tejido celular, y con ello la intranquilidad que causa a las madres las sufusiones sanguíneas subcutáneas, tan extendidas, del cuello, debido a la laxitud del tejido celular.

Pedro L. Baliña (Buenos Aires).—Ha visto practicar en los niños inyecciones intravenosas en las venas yugulares o en el seno longitudinal por la fontanela.

Cree útil el salvarsán sódico y cree que sería óptimo si fuera tan eficaz como el **606.**

El cacodilato debe usarse sólo como adyuvante, pues cree que es superior el neo aún como **tónico**.

Sobre el silbersalvarsán dice que a veces es conveniente, pues evita la crisis que las sensaciones olfativas provocan con el neo.

Continúa diciendo que, aunque todos los arsenicales son análogos, hay susceptibilidades para cierta clase de ellos. Ha podido comprobar por cutirreacción intolerancias exclusivas al cacodilato de soda.

La intramina de Mac Donagh es ineficaz.

Bartolomé Vignale. (Montevideo).—El cacodilato a altas dosis se ha usado en el Uruguay, en la Policlínica Dermosifilopática, a dosis continuadas de 4 gramos, siendo bien tolerado.

QUINTA SESIÓN

JUEVES 13 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 15

Presidencias de los doctores Adolpho Lutz (Río de Janeiro), Khotaro Kohda (Tokio) y Joaquín González (México)
Secretario: doctor Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

Proposición del doctor Pedro L. Baliña (Buenos Aires) sobre inyecciones intravenosas

El doctor Baliña propone que el Congreso declare que pueden ocurrir casos de muerte imprevista, a raíz de inyecciones endovenosas de cualquier remedio, hechas en condi-

ciones irreprochables de técnica, en nada imputables al medicamento en sí mismo, ni a las circunstancias en que se le administra.

Esta proposición fué aprobada por unanimidad.

As reacções de Wassermann e Sachs-George

PELO DR. ANTONIO EUGENIO DE AREA LEAO (Río de Janeiro)

Del Instituto Oswaldo Cruz

(Trabajo leído por el doctor OSCAR DA SILVA ARAUJO)

A precipitação que se observa quando se poêm em contacto sôro syphilitico e antigeno, já era phenomeno desde muito observado, antes mesmo da descoberta do treponema e da existencia da reacção de Wassermann, embora não lograsse passar á pratica corrente.

Neubauer e Elias, Salomon, Porgés, Meier e Porgés, Michaelis, observaram a formação de um precipitado quando postos em contacto sôros syphiliticos e antigeno de orgão ou soluções de lecithina ou glycocholato de sodio. A reacção de Hermann-Perutz já é um bom processo de precipitação e de concordancia mais apreciavel com a reacção de Wassermann. O antigeno aqui usado é absolutamente artificial, é um antigeno chimico. A difficuldade de se obtêr um bom antigeno está na bôa qualidade das substancias empregadas: a cholesterina e o glycocholato de sodio. Meinicke observou que todos os sôros (excepcionalmente os negativos), são capazes de flocular em presença de um antigeno especial; màs, emquanto o precipitado dos sôros negativos se dissolve com facilidade e desapparece pelo addicionamento de uma solução salina de concentração dosada, o formado pelos sôros positivos se conserva, em nada se alterando. Aqui é empregado um antigeno de orgão, o coração de boi em concentrações diversas. Não é muito facil preparar-se um bom antigeno; mas quando se o consegue as reacções são bem exactas.

Jacobsthal observára a floculação do sôro syphilitico em presença do antigeno de figado de féto heredo-syphilitico. Deste facto creou a sua reacção para o diagnostico da syphilis. Entretanto esse phenomeno se não observa com regularidade, porquanto, muita vêz, sôros absolutamente positivos pelo processo de Wassermann não floculam com o processo de Jacobsthal. A falta de constancia e a irregularida-

de no apparecimento da reacção são sufficientes para que não mereça confiança.

O methodo descripto por Sachs e George é dos processos de floculação, a nosso vêr, o melhor. A sua technica é muito mais simples e os resultados da reacção comparados a de Wassermann, são de uma concordancia muito grande em todas as estadisticas até hoje conhecidas.

Tivemos occasião de fazêr comparativamente as duas reacções, de Wassermann e Sachs-George, em 2,000 sôros. Usámos 3 extractos alcoolicos de coração de boi, preparados na proporção de 1 gr. de orgão para 5 cc. de alcool absoluto; o todo era collocado na estufa a 37° c., durante 15 dias, no fim dos quaes era filtrado em papel de filtro e obtinha-se assim o extracto alcoolico prompto a servir de antigeno. A difficuldade de preparar um bom antigeno está no addicionamento de cholesterina, porque é preciso vêr o optimo a ajuntar á cada antigeno para que elle flocule sempre, em presença do sôro syphilitico. A quantidade de cholesterina a addicionar á cada antigeno varia com cada orgão usado e com a qualidade da cholesterina. Isso entretanto podese determinar, dosando-se, em presença de sôros positivos e negativos, verificados pela reacção de Wassermann, o antigeno com doses crescentes de cholesterina. Procede-se então do seguinte modo: colloca-se em tubos de ensaio 1 cc. de solução concentrada de antigeno, juntam-se em cada tubo 2 cc. de alcool absoluto e em seguida uma solução alcoolica de cholesterina á 1 o|o, desde 0.1 até 1 cc. Dilui-se depois cada uma destas soluções em agua physiologica á 0.85 o|o na proporção de 1 para 6; tendo-se o cuidado de primeiro juntar á 1 cc. da solução alcoolica, 1 cc. de agua physiologica, agitar bem e depois juntar de uma só vez 4 cc. de agua physiologica; agitar novamente, e tem-se assim o antigeno prompto á sêr empregado. Agora toma-se 1 cc. de diversos sôros, positivos e negativos, diluidos em agua physiologica a 1 p. 10 e junta-se 0.5 de antigeno. Feito isso para todas as diluições preparadas, deixa-se permanecêr na estufa á 37° c. durante 24 horas, quando então se leem os resultados. Vêr a dose minima de cholesterina que, ajuntada ao antigeno, produziu forte precipitado com os sôros positivos, deixando os negativos intactos e esta será a dose optima para a reacção. Se a floculação começar com doses minimas de cholesterina, desde 0,1 por exemplo, fazêr nova dosagem com doses inferiores; no caso contrario, o que é muito raro, só quando o antigeno preparado é muito fraco, ou a cholesterina de qualidade inferior, elevar a quantidade desta em cada tubo.

Assim como os antigenos usados para a reacção de Wassermann devem sêr experimentados com numerosos sôros conhecidos, positivos e negativos e comparativamente com soluções antigenicas já conhecidas; tambem na reacção de Sachs-George o antigeno deve sêr dosado e bem experimentado antes de se o usar definitivamente. Com essa technica obtivemos bons antigenos e com elles practicámos 2,000 reacções de Sachs-George comparadas a reacção de Wassermann.

Technica da reacção. — 1 cc. de sôro diluido á 1 p. 10 mais 0.5 da emulsão aquosa do antigeno á 1 p. 6. Testemunhos: sôro positivo e negativo conhecidos, 1 cc. de cada um diluido á 1 p. 10 mais 0.5 do antigeno; 1 cc. da agua physiologica usada na reacção mais 0.5 de antigeno, para verificar se ha floculação.

Usámos sempre tres extractos perfeitamente dosados; as reacções permaneciam na estufa á 37° c. durante 24 horas no fim das quaes eram lidos os resultados.

Obtivemos o seguinte:

Reacção de Wassermann positiva Reacção de Sachs-George positiva	684
Reacção de Wassermann negativa Reacção de Sachs-George negativa	1,178
Reacção de Wassermann positiva Reacção de Sachs-George negativa	74
Reacção de Wassermann negativa Reacção de Sachs-George positiva	64

Concordancia	93.1 %
Discordancia	7.4 ”

A reacção de Wassermann na leishmaniose americana

PELO DR. ANTONIO EUGENIO DE AREA LEAO (Río de Janeiro)

Do Instituto Oswaldo Cruz

(Trabajo leído por el Dr. Oscar da Silva Araujo)

Encarregado do serviço de Reacção de Wassermann no Instituto Oswaldo Cruz, tivemos occasião de examinar o sôro sanguineo de 60 doentes de Leishmaniose americana. Estes pacientes pertenciam todos ao serviço de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a cargo do professor doctor Fernando Terra.

O diagnostico clinico da leishmaniose presta-se a confusão com as lesões semelhantes occasionadas pela syphilis e só a historia clinica de cada caso e o exame detalhado e minucioso de cada doente, poderão affastar ou descobrir a syphilis. O exame serologico nas nossas observações vinha esclarecer por demais o diagnostico, porque dos 60 casos que observámos, nem um só de leishmaniose pura, isento de syphilis, desviou o complemento.

A technica que usámos foi a seguinte: empregavamos sempre 6 antigenos: figado de féto heredo-syphilitico (extracto alcoolico), coração humano (extracto alcoolico cholesterinisado), coração de boi (extracto alcoolico cholesterinisado), antigeno de lipoides insoluveis na acetona (technica de Noguchi), antigeno de Bordet (lipoides insoluveis na acetona), antigeno de Lesser (extracto ethereo do orgão).

Antes de praticar as reacções faziamos as seguintes provas:

1.º Verificação do titulo do sôro hemolytico empregado, na presença dos globulos de carneiro e complemento de cobaia, usados no dia.

2.º Dosagem do complemento usado, com duas unidades hemolysantes; com o fim de verificar a dose minima necessaria a hemolyse.

3.º Verificacão do poder impediente dos antigenos, isto é, da sua capacidade de por si só absorvêr o complemento. Empregavamos o dobro da dose de cada antigeno, empregada na reacção; a quantidade de complemento já determinada pela sua dosagem e globulos de carneiro sensibilisados com duas unidades hemolysantes.

4.º Verificação do poder fixador dos antigenos experimentando-os com sôros reconhecidamente positivos e negativos.

5.º Verificar se por se só o sôro hemolytico, o complemento, os antigenos e a agua physiologica hemolysavam os globulos.

Feitas todas estas provas com o fin de nos assegurarmos do bom funccionamento de todos os elementos á empregar na reacção, procediamos o exame do sôro depois de o inactivar 1|2 hora a 56º c.

Sempre empregámos 0.2 de sôro para 0.2 de antigeno e um tubo com 0.2 de sôro e sem antigeno que servia de testemunho do sôro. Estas doses a practica nos tem indicado como as mais sensiveis para a reacção de Wassermann.

A incubação era feita em banho-maria na temperatura de 37º c. durante 1 hora, após isso então juntavamos os globulos sensibilisados com duas unidades hemolysantes.

Os resultados eram lidos no fim de 1 hora, ou melhor quando todos os testemunhos dos sôros estavam hemolysados.

Com esta technica nunca nos foi dado encontrar reacções de Wassermann positivas em sôros sanguineos de doentes que só soffriam de leishmaniose, tendo o exame clinico cuidadoso affastado a syphilis. Em todas as nossas observações onde a reacção de Wassermann foi positiva a syphilis era clinicamente encontrada e o tratamento especifico vinha comprovar a nossa observação. Nestes casos a administração unica do tartaro emetico pelo processo descoberto por Gaspar Vianna, não era sufficiente para curar completamente o doente e empregada conjuntamente a medicação especifica da syphilis, ella vinha apressar e completar o tratamento. Era, pois, o diagnostico therapeutico confirmando o que haviam descoberto a clinica e a reacção sorologica. O tartaro emetico não e capáz de cicatrizar lesões syphiliticas, nem tambem a medicação especifica da syphilis cura a leishmaniose. Só a existencia das duas molestias no mesmo individuo podem explicar a utilidade e os bons resultados das duas medicações usadas. Assim pensamos que a prova therapeutica aqui tinha grande valor, e as reacções de Wassermann positivas indicavam bem a presença da syphilis e não corriam por conta da leishmaniose.

Dos doentes por nós observádos um teve exito letal; foi o número 27. A observação e autopsia vamos resumir ligeiramente nos pontos que nos interessam. O doente baixou á enfermaria apresentando uma grande ulceração no nariz, que se estendia a região malar de cada lado; septo cartilaginoso e partes osseas destruidas; perforação do véo do paladar; labio superior completamente ulcerado; destruição da uvula, pilares e extendendo-se a ulceração ao pharynge e larynge onde destruia as cordas vocaes; nos membros existian numerosas ulceras de varios tamanhos. O exame microscopico de esfre-

gaços das ulceras quer cutaneas, quer mucosas, revelou a presença de numerosas leishmanias. A reacção de Wassermann foi fortemente positiva com os 6 antigenos referidos. O doente veio a fallecêr dias depois, e a autopsia revelou uma tuberculose miliar aguda que victimára o paciente (aliás seja dito aqui, embora de passagem, a leishmaniose tegumentar mucosa atacando as vias respiratorias e viciando a respiração traz quasi sempre como consequencia um processo tuberculoso, que se desenvolve insidiosamente e occasiona quasi sempre a morte do paciente). Ao longo do tubo intestinal se encontravam numerosas ulceras que o exame histo-pathologico verificou tratar-se de lesões caracteristicas da syphilis. No corte das lesões da bocca e da pelle foram encontradas numerosas leishmanias. Os orgãos mostravan lesões syphiliticas pelo exame microscopico. Esta observação é por demais demonstrativa não necessitando de outros commentarios.

CONCLUSÕES

1.° O sôro sanguineo de doentes de leishmaniose americana, sob cualquer dar suas formas—cutanea, mucosa ou mixta — não desvia o complemento, isto é, não dá reacções de Wassermann positivas.

2.° Nos casos onde se encontra uma reacção de Wassermann positiva no sôro sanguineo de doentes de leishmaniose americana, esta reacção revela a presença da syphilis concumitantemente com a leishmaniose.

OBSERVACOES

Número 1. J. M., 58 annos, viuvo, brazileiro, Districto Federal. Leishmaniose tegumentar forma cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 2. C. C. S., brazileiro, branco, 42 annos, solteiro. Estado do Rio. Leishmaniose tegumentar forma cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 3. J. P. S., brazileiro, branco, 44 annos, casado. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar forma cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 4. J. S. J., branco, 52 annos, viuvo. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 5. C. P., grègo, branco, 43 annos, casado. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 6. O. A. S., brazileiro, branco, 34 annos, solteiro. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 7. A. S., brazileiro, preto, solteiro, 26 annos. Districto Federal. Reacção de Wassermann: Negativa. Leishmaniose tegumentar mixta.

Número 8. A. M., portuguêz, branco, 60 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 9. O. S., brazileiro, branco, 34 annos, solteiro. Estado de Minas Geraes. Reacção de Wassermann: Negativa. Leishmaniose tegumentar mixta.

Número 10. M. B. O., brazileiro, branco, 60 annos, viuvo. Estado de Minas-Geraes. Reacção de Wassermann: Negativa. Leishmaniose tegumentar mixta.

Número 11. M. A. L., brazileiro, branco, 32 annos, casado. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 12. J. F. A., brazileiro, pardo, 25 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 13. A. M., turco, branco, 35 anos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 14. A. F., brazileiro, branco, 19 annos, casado, Districto Federal. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 15. A. B. O., brazileiro, branco, 30 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mucosa. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 16. L. L., portuguêz, branco, 42 annos, casado. Estado de S. Paulo. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 17. C. T., brazileiro, prêto, 45 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 18. A. M. G., portuguêz, branco, 63 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 19. A. R. L., brazileiro, pardo, 22 annos, solteiro. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 20. M. A. L., brazileiro, pardo, 35 annos, solteiro. Estado do Piauhy. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 21. O. S. A., brazileiro, branco, 35 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 22. M. S., brazileiro, prêto, 35 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 23. C. J. S., brazileiro, pardo, 56 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 24. A. F., brazileiro, branco, 22 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 25. J. A. F., brazileiro, branco, 32 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 26. A. M. G., portuguêz, 60 annos, solteiro. Estado de S. Paulo. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 27. C. F., brazileiro, prêto, solteiro. Estado de Minas Geraes. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Tuberculose miliar aguda. Reacção de Wassermann: Fortemente positiva.

Número 28. J. C., brazileiro, prêto, 25 annos, solteiro. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 29. J. F. S., brazileiro, prêto, 20 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 30. J. S., turco, branco, 33 annos, casado. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 31. J. G. S., brazileiro, prêto, 25 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 32. C. J., brazileiro, branco, 27 annos, solteiro. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 33. M. P., brazileiro, branco, 32 annos, casado. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 34. M. L., brazileiro, prêto, 24 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 35. F. I., brazileiro, branco, 35 annos, solteiro. Estado de Minas Geraes. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 36. J. C., brazileiro, branco, 39 annos, solteiro. Estado de S. Paulo. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 37. A. C. M., portuguêz, branco, 45 annos, casado. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 38. A. F. F., brazileiro, branco, 24 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 39. A. N. O., portuguêz, branco, 32 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wasserman: Negativa.

Número 40. B. R., brazileiro, branco, 19 annos, solteiro. Estado de Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis hereditaria tardia. Reacção de Wassermann: Fortemente positiva.

Número 41. C. J. G., italiano, 27 annos, casado, branco. Estado de S. Paulo. Leishmaniose tegumentar mixta; syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 42. J. Z., italiano, branco, 34 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wasserman: Negativa.

Número 43. J. M., brazileiro, pardo, 28 annos, solt. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann Negativa.

Número 44. G. N. O. brazileiro, branco, 48 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa

Número 45. A. C., portuguêz, branco, 50 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 46. A. J. C., portuguêz, branco, 42 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 47. M. S. S., brazileiro, pardo, 29 annos, solteiro (em transito). Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 48. S. P., brazileiro, branco, 36 annos, solteiro. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 49. G. N. O., brazileiro, branco, 50 annos, casado. Estado do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 50. P. A., portuguêz, branco, 26 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 51. A. G., brazileiro, branco, 34 annos, solteiro. Districto Federal. Leishmaniose tegumentar mixta. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 52. M. F. P., portuguêz, branco, 40 annos, solteiro. Estado

do Rio de Janeiro. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis terciaria. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 53. P. A. C., brazileiro, pardo, 33 annos, casado. Estado da Parahyba. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 54. A. P. M., portuguêz, branco, 40 annos, solteiro. Estado de S. Paulo. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 55. J. G., brazileiro, pardo, 36 annos, solteiro. Estado do Espirito Santo. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 56. M. N., brazileiro, pardo, 24 annos, solteiro. Estado do Paraná. Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 57. A. W. M., americano do Norte, branco, 38 annos, solteiro (em transito). Leishmaniose tegumentar cutanea. Reacção de Wassermann: Negativa.

Número 58. F. S. T., brazileiro, branco, 49 annos, casado. Estado da Bahia. Leishmaniose tegumentar cutanea vegetante. Syphilis. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 59. P. A., brazileiro, pardo, 34 annos, solteiro. Estado do Matto-Grosso. Leishmaniose tegumentar mixta. Syphilis. Reacção de Wassermann: Positiva.

Número 60. M. E. F., brazileiro, pardo, 31 annos, casado. Estado de Minas-Geraes. Leishmaniose tegumentar cutanea verrucosa. Reacção de Wassermann: Negativa.

Sobre la combinación de los procedimientos de floculación y fijación del complemento en el diagnóstico serológico de la sífilis.

POR A. SCALTRITTI (Montevideo)

Director del Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis de Montevideo

Para el diagnóstico serológico de la sífilis poseemos hoy dos procedimientos: la R. de W., o sea, la fijación del complemento por la intervención de lipoides orgánicos, y los llamados de precipitación o floculación de dichos lipoides, o sea, las de Meinicke, Sachs-George y Vernis.

En estos momentos los serologistas estudian estos fenóme-

nos de floculación a fondo, con el fin de poder aclarar mejor el mecanismo íntimo de la R. de W.

Hasta hace poco tiempo estos dos fenómenos se estudiaban separadamente, buscando en la clínica la comprobación de sus relativas especificidades. Para unos, la reacción de floculación es más fiel, concuerda más exactamente con los hechos clínicos que la vieja R. de W.; para los otros, aquélla queda siempre como testigo de contralor para todas aquellas reacciones que pretenden usurparle el puesto de honor que el empirismo de quince años le ha hecho conquistar. Pero, fué preciso que Wassermann llevara a su laboratorio aquellas dos reacciones, la R. de Meinicke y la de Sachs-Georgi, y buscara en ella la explicación de su propio fenómeno, para que la cuestión tomara interés particular.

Wassermann (febrero 1921. Bl. R. W.), llegó a la conclusión de que su fenómeno y el de la floculación de los lipoides por la acción de los sueros sifilíticos, son una misma cosa; logró descubrir y aislar la verdadera substancia de Wassermann, que sirve de base para su nuevo procedimiento de contralor. Es lamentable que no podamos conocer su técnica.

Otros autores concibieron la idea de hacer marchar paralelamente los dos procedimientos, desde que la clínica les asignaba un valor casi semejante.

Finalmente, y con un conocimiento algo más completo del problema, surgió la idea de la simbiosis de ambos. Vemos primeramente a Vernes, en París, que modifica el genuino procedimiento de Wassermann para aprovechar de los beneficios de la floculación; pero es realmente Reining, en Alemania, el que primeramente ensaya el verdadero procedimiento de combinación del Sachs y George y el W.; viene poco después Sthumer y últimamente Ratham. Bordet ensaya el procedimiento de combinación, empleando el antígeno de Bordet y Ruelens, y si bien lo encuentra bueno para floculación y fijación posterior del complemento mediante dicho flóculo y para sueros muy cargados de substancia de W., no lo cree para el diagnóstico, superior al W. primitivo. ("Traité de l'Immunité dans las M. I.", pág. 441).

Mis experiencias datan del mes de junio del corriente año y fueron hechas en el Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis. La técnica de aquellos autores es ya conocida, razón por la cual no la repetimos aquí. Mi trabajo tiende a demostrar que con una técnica distinta podemos obtener un procedimiento más práctico de combinación de floculación y fijación del complemento.

El lipoide usado por mí es el extraído del corazón del puerco precipitado por el cloruro de cadmio, reactivo que usamos en el Instituto Profiláctico de la Sífilis desde el año 1917 para la R. de W.

Preparación del reactivo

El corazón de puerco muerto en el día, lo desecamos al ventilador; lo tratamos durante una hora y media por acetona pura; al cabo de ese tiempo decantamos dicha acetona; llevamos nuestro músculo cardíaco a la estufa a 37° durante el tiempo suficiente para que la última parte de acetona que queda entre sus fibras se evapore completamente; luego pulverizamos el músculo lo más finamente posible. Tomamos 3 gramos 20 centg. de dicho polvo y lo tratamos por 25 cc. de alcohol absoluto durante 1 y 1|2 horas; filtramos y repartimos el filtrado en pequeños tubos. Finalmente precipitamos el lipoide por medio de una solución de cloruro de cadmio cristalizado, saturado en alcohol absoluto. Al día siguiente decantamos el alcohol que sobrenada y tomamos el precipitado por la solución fisiológica de cloruro de sodio al 8.5 por mil, obteniendo así una emulsión homogénea del lipoide. La totalidad del lipoide es emulsionado en 150 cc. de la solución fisiológica. Con el reactivo ya preparado, procedemos a efectuar previamente la floculación. Para ser mejor comprendidos, relatemos una experiencia efectuada con un suero específico evidente. Pongamos en contacto 0,2 de suero claramente sifilítico en 0.5 de emulsión de lipoide de la fórmula arriba indicada, pongamos esta mezcla en la heladera o a la temperatura ordinaria durante 1 y 1|2 horas; al cabo de ese tiempo lo retiramos de la heladera y podemos observar que, a simple vista, parece no haberse producido nada digno de llamar la atención en dicha mezcla. Sometámosla ahora a una fuerte centrifugación durante 10 minutos y podremos ver entonces que el lipoide se deposita en el fondo del tubo y que el líquido que sobrenada queda transparente; dicho sedimento, de aspecto cristalino, muy adherido al fondo del tubo, no es otra cosa que el lipoide, como lo demuestran las observaciones ultramicroscópicas. Decantemos el líquido que sobrenada; lavemos el precipitado una o dos veces con una solución fisiológica de cloruro de sodio al 8 y 1|2 por mil, centrifugándolo otras tantas hasta su sedimentación definitiva. Tomando dicho sedimento para la solución fisiológica a una cantidad de 0.8 y tratando de emulsionarlo con ese medio, vemos que no es posible conseguirlo; el lipoi-

de ha floculado, ha perdido, por consiguiente, su estado coloidal. Si lo agitamos fuertemente se subdivide en innumerables partículas; no se emulsionan con el líquido; dentro de él nadan pequeños flocos, casi transparentes. A ese complejo agreguemos el complemento necesario para una R. de W., llevemos el todo a la estufa a 37° durante una hora y agreguemos luego el sistema hemolítico; al cabo un cuarto de hora veremos ya que el complemento ha sido fijado, no dándonos hemolisis. Efectuando con el mismo suero una R. de W. nos da el mismo resultado. Numerosos testigos con sueros normales, lo mismo que con sueros de diferentes enfermedades, nos dan un resultado negativo al par que una ausencia de floculación.

El testigo del antígeno obtenido por la centrifugación prolongada de 0.5 del reactivo ya nombrado, nos da también una fijación del complemento negativa. Vemos, pues, que mediante esta técnica es posible conseguir la combinación de los procedimientos de floculación por el flóculo, la cantidad de reactivo aquí empleado es el triple aproximadamente, de la que corrientemente usamos para una R. de W. En lo que toca a la floculación, ella puede apreciarse con mucha mayor claridad que si usáramos el reactivo a una dosis igual a la que empleamos para una R. de W. común.

En cuanto a la fijación del complemento por el flóculo, ella se produce con más nitidez que en la R. de W.; es que realmente aquí se reunen dos energías anticomplementarias: la que resulta de la influencia del suero sifilítico sobre el lipoide y el suero de lipoide floculado, dado que todo él va al fondo del tubo, una vez floculado.

Una importante objeción podría hacerse desde el primer momento y ella sería su falla de especificidad debido precisamente a este exceso de reactivo, una dosis triple de la que empleamos para la corriente R. de W.

Para subsanar este inconveniente y ponernos dentro de las condiciones normales, es que tomamos una tercera parte del flóculo para efectuar la fijación del complemento. De modo, pues, que esta fijación del complemento sería inconveniente debido a la acción del suero específico sobre el lipoide.

No pasa lo mismo con los sueros negativos: en ellos el lipoide no está influenciado, su estado físico no cambia y cuando se le centrifuga fuertemente, no llega al fondo sino una parte del reactivo, cantidad insuficiente para producir una fijación del complemento, ya sea por el propio reactivo, ya sea por ese mismo reactivo influenciado. Aquí él no cambia su estado físico puesto que no ha floculado. Si empleamos la

misma cantidad usada para una reacción de W. corriente, solamente los sueros muy cargados de substancias de Wassermann son los que nos acusan una floculación neta; la enorme mayoría se pierde por falta del reactivo empleado.

La cantidad de suero humano empleado para cada reacción fué en definitiva, de 0.2 cc.

En numerosas experiencias hemos aumentado dicha cantidad hasta 0.4 cc., creyendo ganar así en claridad, dado que aumentábamos la dosis de anticuerpos. Y bien: la floculación no se produce con la misma nitidez que a 0.2, ni la fijación del complemento por medio del flóculo se produce con la misma franqueza.

Se confirma aquí la afirmación que hacíamos en nuestro trabajo publicado en 1918, donde probamos experimentalmente que substancias extrañas a las hemolisinas naturales perturban la libre acción de la substancia de W. sobre los lipoides precipitados por el cloruro de cadmio y que, por consiguiente, no es posible usar en la R. de W., cantidades de suero mayores que la de 0.2 cc.

Según se desprende del examen comparativo que hemos hecho con numerosos sueros, el fenómeno de la floculación y fijación del complemento por medio del flóculo, se produce con los sueros sin inactivar, lo mismo que con los inactivados; sus resultados son idénticos; el complemento del suero del enfermo no interviene para nada dentro del fenómeno de la floculación, ni tampoco modifica ni agrega nuevas propiedades al probable complejo "*Substancias W. lipoide*", que impide la nueva fijación del segundo complemento o lo deja en su libre acción.

La formación del flóculo se produce instantáneamente, aunque ella no puede ser apreciada macroscópicamente ni con el auxilio de lentes de pequeño aumento. Veamos: Si ponemos en contacto un suero sifilítico con el lipoide y lo centrifugamos de inmediato, para decantar luego el líquido que sobrenada y lavarlo con suero fisiológico, retomándolo más tarde nuevamente con la misma solución fisiológica, vemos que el lipoide ha perdido su estado coloidal y que la floculación típica se ha producido.

Si agregamos a ese complejo el complemento necesario para una R. de W., no todas las veces se produce la fijación de dicho complemento; es necesario que el nuevo específico esté muy cargado de substancia de W. para que aquélla se produzca. La floculación se produce de la misma manera, empleando el líquido céfalo-raquídeo de sujetos atacados de

parálisis general, sífilis cerebral o tabes, o de enfermos que, teniendo aquellas enfermedades, dejan pasar a través de sus meníngeas permeables los anticuerpos sifilíticos.

La formación de los flóculos, o cambio de estado coloidal, se produce lo mismo a la temperatura ordinaria que en la estufa a 37°; en la heladera como sobre el hielo; parece ser que en la heladera se produce con mayor claridad.

Así es que la primera parte del procedimiento la efectuamos siempre en la heladera, y la segunda, o sea la fijación del complemento por el flóculo, la hacemos en la estufa a 37 grados.

Caracteres del flóculo

Si colocamos el flóculo producido por la acción del suero sifilítico sobre el lipoide, entre lámina y laminilla, la vemos deslizarse hacia los bordes de la laminilla, tiene un aspecto gelatinoso, parece un grumo de mucus; si lo comprimimos con una regular presión, lo vemos ensancharse para volver a su estado primitivo cuando aquella presión termina; es una masa elástica.

Ninguno de estos caracteres tiene, cuando efectuamos las mismas operaciones con el lipoide centrifugado, después de haber sido tratado con un suero normal; tiene el aspecto de la caseína, friable, fácilmente emulsionable con su medio de solución fisiológica.

Al ultramicroscopio lo vemos totalmente aglutinado, formando una sola masa. Los granos muy adheridos los unos contra los otros, como si una substancia gelatinosa los hubiera unido; parecen ellos más pequeños que los de la emulsión tipo; parecería que se hubieran contraído; son ya muy pocos los que quedan aislados. Si hacemos presión sobre la laminilla, vemos que la adhesión de los granos es muy fuerte entre sí, pues es necesario comprimir con cierta intensidad para que uno que otro grano abandone el conglomerado. Su gran refringencia no se ha modificado; al par que su estado coloidal, han desaparecido sus movimientos bronwianos; la superficie de la micela se ha modificado. Podemos entonces observar que innumerables filamentos se desprenden del conjunto y que esos filamentos unen entre sí pequeños o grandes conglomerados de granos. Presionando, nos es fácil desprender estos granos de los filamentos que los unen.

Estos mismos filamentos tienen un aspecto gelatinoso, tienden a ensancharse y alargarse indefinidamente, cuando se ejerce sobre ellos alguna presión. Este fenómeno es muy se-

mejante al que hemos tenido ocasión de observar en la desintegración histolítica de los leucocitos, como, por ejemplo, en los esputos y en el pus de abscesos. Muy distinto es el aspecto que se observa cuando el lipoide ha sufrido la acción de un suero normal: es caseiniforme, se desintegra con suma facilidad, el número de filamentos es muy limitado, la superficie de la micela no ha sido afectada, dado que ella conserva sus movimiento bronwnianos.

Vemos, pues, que si de las experiencias ordenadas y llevadas a cabo por Vernes, en París, y por Wassermann, Raining y Sthumer, en Alemania, puede deducirse que es necesaria la formación de flóculos para que más tarde se produzca la fijación del complemento, resultando, por consiguiente, los dos fenómenos identificados, según nuestras experiencias no puede deducirse la misma conclusión.

En efecto: la floculación se produce de modo instantáneo, demostrando que la diferencia de potencial entre la substancia de W. y el lipoide empleado, es tan grande, como para que el fenómeno se produzca de esa manera; mientras que el de la fijación del complemento necesita un tiempo mucho mayor, una hora, término medio. En el caso en que se tratase también en este último, de una diferencia de potencial entre dos nuevos coloides, siempre se diferenciarían por el espacio de tiempo que necesitarían para producirse. De cualquier modo, y saliendo del campo de la teoría pura, vemos que es posible conseguir la combinación de los fenómenos de floculación, con el de la fijación del complemento, por medio del flóculo producido por la acción de los sueros sifilíticos sobre el lipoide precipitado por el cloruro de cadmio.

Veamos ahora la relación que este procedimiento tiene para con la clínica:

He efectuado comparativamente con la R. de W. corriente, no menos de dos mil exámenes de sangres de enfermos catalogados en los libros del Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis y cuyos diagnósticos los debo, en su enorme mayoría, a la exquisita amabilidad de los doctores Del Campo, Alonso y Halty, quienes han puesto a mi entera disposición las historias completas de sus enfermos, que me han permitido reunir una gran cantidad de casos útiles. A ellos, pues, quedo íntimamente agradecido.

En el período primario he podido notar que la floculación no aparece sino a los 20 y 25 días, término medio, de la aparición del accidente inicial, mientras que la R. de W. corriente nos da positiva, a los 15 término medio. La floculación va, pues, en retardo, en este período, sobre la

fijación del complemento. La cantidad de primarios, cuya edad específica conocemos exactamente, es de 12, sobre un total de 38 primarios, cuya edad nos es dudosa, dado lo difícil que es para ciertos sujetos recordar exactamente el momento de la aparición de ese accidente. Todos esos enfermos tenían treponema de Schaudim en su lesión, y no habían sido tratados.

En el período secundario, la floculación existe en todos los casos examinados (42), lo mismo que la fijación del complemento por el lipoide floculado. Comparada con la R. de W., marchan de perfecto acuerdo.

En cuanto a la sífilis latente, es decir, la de aquellos enfermos que soportan un tratamiento, cuando su reacción serológica persiste durante largo tiempo, pudimos notar que la correlación de la floculación y la R. de W. corriente, marchan paralelamente; en cuanto a la fijación del complemento por el lipoide floculado, ella coincide con la R. de W. en un 97 o|o de casos. De estos casos tenemos no menos de 400. Notamos algunos sueros que no tienen floculación positiva; tienen, sin embargo, una reacción de fijación del complemento por el flóculo, positiva, al par que una R. de W. también positiva. Otras veces, el 1 a 1 y 1|2 o|o, vemos que sueros cuya R. de W. es negativa, tienen una floculación positiva. Estos sujetos tienen antecedentes inequívocos de sífilis. ¿A cuál de estas dos reacciones puede asignársele mayor valor, desde que se trata de sujetos evidentemente específicos y que sufren un tratamiento prolongado, teniendo en cuenta que estas dos reacciones marchan paralelamente en los períodos de generalización? Sólo una práctica mayor y el examen de un número crecido de sueros de enfermos conocidos, podrá darnos el verdadero criterio a seguir. El mismo paralelismo se nota en otros períodos de la sífilis en actividad: terciarias con manifestaciones, paralíticos generales. Examinamos cinco sueros de leprosos sin antecedentes específicos; en ninguno de ellos notamos la floculación del lipoide, ni la fijación del complemento por el lipoide influenciado; tampoco tenían R. de W. positiva. En numerosos sueros normales, en sueros de específicos tratados y cuya R. de W. fué negativa, no encontramos tampoco la floculación ni la fijación del complemento por el lipoide influenciado por el suero. El mismo resultado nos dió el suero de numerosos enfermos de las salas del H. Maciel, atacados de distintas dolencias y cuyos antecedentes específicos fueron negativos.

Finalmente, veamos cómo disponemos nuestro procedimiento de combinaciones en la práctica corriente del labora-

torio del Instituto Profiláctico de la Sífilis. Colocamos 0.2 de suero humano en un tubo, que usamos para el W. común, al que agregamos 0.5 del reactivo indicado, dejamos la mezcla en la heladera durante 1 y 1|2 horas; al cabo de ese tiempo la retiramos de la heladera y la llevamos a la centrífuga durante 10 minutos. Decantamos cuidadosamente el líquido que sobrenada y retornamos el précipitado, floculado o no, por la solución fisiológica a 0.8. Agitamos la mezcla con suaves movimientos y observamos entonces el fenómeno de la floculación.

Como ella no se produce con la misma intensidad para con todos los sueros específicos, hemos adoptado provisoriamente, y hasta tanto algún procedimiento más perfecto venga en nuestra ayuda, la siguiente nomenclatura: cuando flocula muy fuerte y no se emulsiona con el líquido en ninguna forma, la denominamos *floculación fuerte,* mediante las letras F. f.; cuando flocula francamente y por medio de grandes agitaciones tiende a emulsionarse, la llamamos simplemente F.: cuando flocula, pero tiende a emulsionarse con relativa facilidad con el líquido, por regulares agitaciones, la denominamos F. e. (flocula y emulsiona); y, finalmente, hay una cantidad de sueros específicos que floculan y que el flóculo se emulsiona con mucha facilidad, a ellos los distinguimos con las letras F. ee., demostrando esas dos e finales su tendencia fácil a la emulsión.

F. f.: flóculo fuerte.
F.: flocula.
F. e.: flocula con tendencia a la emulsión.
F. ee.: flocula y emulsiona fácilmente.

Anotamos estas resultantes: tomamos la tercera parte del flóculo y agregamos a nuestra mezcla el complemento necesario para una reacción de Wassermann; llevamos el todo a la estufa a 37° durante 1 hora y agregamos la mezcla hemolítica. Al cabo de 20 minutos tenemos los resultados que anotamos. Hacemos paralelamente una reacción de W. común. Los resultados concuerdan con el porcentaje ya mencionado.

CONCLUSIONES

1.° Se puede observar el fenómeno de la floculación del lipoide cardíaco precipitado por el cloruro de cadmio, por la acción de un suero sifilítico, por un procedimiento técnicamente distinto al empleado por Meinicke, Sachs y George y Vernes, muy semejante al de Bordet.

2.° Que ese flóculo está constituído por el lipoide introducido en la reacción, como lo demuestra el ultramicroscopio.

3.° Que dicho lipoide está influenciado por la substancia de Wassermann de los sueros específicos.

4.° Que ese lipoide, influenciado y floculado, tiene la propiedad de fijar fuertemente el complemento.

5.° Que es posible aprovechar estas dos propiedades que tiene el suero sifilítico para con este lipoide y obtener así un procedimiento práctico que los combine.

Al terminar es para mí un placer el agradecer a la Comisión H. del Instituto Profiláctico, al H. Consejo de Higiene y a la Asistencia Pública, la oportunidad que me han dado para efectuar este trabajo, al confiarme la dirección del Laboratorio de dicha institución.

Consideraciones sobre cincuenta mil reacciones de Wassermann efectuadas en el Instituto Profiláctico de Montevideo durante tres años y medio.

POR A. SCALTRITTI (Montevideo)

Director del Laboratorio Central del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Desde hace aproximadamente tres años y medio es que hemos empezado a catalogar los exámenes de sangre que hacemos en el Instituto Profiláctico de la Sífilis, a todos los enfermos que concurren a los dispensarios, lo mismo que a otros pertenecientes a distintas instituciones del país. Así se explica que nuestra cifra sea tan elevada. A fin de dar base al Instituto y mostrar cuántos beneficios puede dar al pueblo el examen sistemático de la sangre de todas aquellas personas que ingresan a los distintos establecimientos, fué que, con nuestro querido y malogrado Director, el doctor Juan Antonio Rodríguez, habíamos pedido extraoficialmente que se enviaran a nuestro laboratorio los exámenes de sangre de todos aquellos enfermos que ingresaran al Hospital Maciel y a algunas de sus dependencias. Sus beneficios no se hicieron esperar, pues bien pronto se vió que la sífilis delatada por la reacción de Wassermann, sistematizada, ocupaba un lugar

más importante que el esperado; y este es el momento en que, gracias a la iniciativa puramente individual, no oficializada, de aquel pabellón, todos los clínicos de aquel hospital han adquirido el hábito de enviar a nuestro laboratorio todas las sangres que deseen hacer su examen, lo mismo que los líquidos céfalo-raquídeos. Otras instituciones de la Asistencia Pública han seguido más tarde aquel mismo camino.

La Clínica y el Laboratorio. — Desde tiempo atrás, y en varios informes que presentamos, ya publicados anteriormente, sosteníamos, como lo sostenemos hoy, que en la reacción de Wassermann y otras reacciones serológicas de la sífilis, el laboratorio debe siempre mantenerse en continuo contacto con la clínica; es la clínica bien hecha que acredita el Wassermann bien hecho, le asigna todo su valor y permite, por consiguiente, el constante progreso de esta reacción a la vez que la marcha paralela de ambas afirma al clínico en su diagnóstico. No son pocas las veces que pedimos a diversas micosis el diagnóstico de una lesión cutánea que el Wassermann negativo persistente nos obliga a hacer. Cualquiera que conozca el funcionamiento de nuestro laboratorio, puede convencerse fácilmente que su base principal es el íntimo contacto que conserva con la clínica. Siguiendo este criterio, es que creemos realmente ser útiles al enfermo, a la vez que lo utilizamos como fuente inagotable de hechos que nos sirven, no pocas veces, para modificar nuestros procedimientos, siempre que ellos nos pongan en el camino de la verdad y marquen, por consiguiente, un progreso.

Aún así, no es raro encontrar errores, aunque siempre hemos tratado de reducirlos al mínimum. Muchos son los que envían sangres al laboratorio y pocos son allí los que tienen que ordenar el trabajo, para que se haga imposible todo error. Algunas veces hemos recibido sangre catalogada con rótulo de un secundario y contestamos con una reacción negativa. Esta contradicción no puede persistir. Pedimos inmediata repetición, y el resultado verdadero no se hace esperar: este es un error de extracción o cambio de rótulo efectuado, tal vez, en el mismo laboratorio. Otras veces, comprobamos resultados discordantes en cuanto a la intensidad de la reacción: este es un resultado imputable a la técnica del operador. En efecto: cuando se trabaja en gran escala, no siempre todos los elementos que entran en la reacción se encuentran en las mejores condiciones como para que los resultados sean, en algunos casos, exactamente comparados. Me refiero, sobre todo, a las hemolisinas y sueros de los enfermos. En cuanto

a la primera, todos los que trabajan con la intensidad que yo lo hago, pueden darse cuenta inmediatamente de la existencia de ciertas dificultades, a veces bastante enojosas. Malos conejos, enfermedades, muertes producidas por causas inherentes a la misma producción de hemolisinas, hacen que no siempre se pueda tener en este laboratorio un tipo superior de hemolisina, como para obtener un idéntico resultado (unidad a unidad, o fracción de unidad), en todas las experiencias.

Felizmente, no se trata sino de diferencias de tono, no de oposición; y, repito, esas mismas son muy limitadas. Además, el propio suero de los enfermos no siempre tiene las mismas propiedades para con los lipoides; según sean ellas extraídas en momentos febriles o de apirexia, pueden hacer variar, en algún número, la intensidad de la reacción; sobre todo si esos sueros tienen exactamente una sola unidad específica, es decir, la cantidad absolutamente necesaria de substancia de Wassermann como para dar un H⁰. Si esto no fuera suficiente, la prueba estaría dada por la magnífica y clásica experiencia de Dujardins, así como también por la demostración que hicimos, hace ya tres años. cuando comprobamos que dentro del suero humano hay substancias que se oponen a que el fenómeno de Wassermann se produzca siempre con la misma nitidez.

La técnica que hemos seguido durante todo este tiempo, fué siempre, dentro de lo posible, idéntica a sí misma. Uno de los elementos de esta reacción fué siempre invariable y es el antígeno empleado. Usamos el lipoide de corazón de puerco precipitado por el cloruro de cadmio, cuyo módo de preparación publicamos en 1918.

Ese reactivo no ha variado desde entonces y sus resultados son, por consiguiente, comparables. Lo preparamos cada vez que hacemos nuestros exámenes, colocándonos así en condiciones semejantes a la de numerosos experimentadores modernos que, como Boas, de Copenhague, prepara todas las semanas un nuevo antígeno. Los demás elementos que entran en la reacción son los corrientemente usados, en procedimiento original de Wassermann.

De los 50,000 exámenes hechos, aproximadamente 10,000 corresponden a enfermos atacados de sífilis, y el resto pertenece a sujetos normales y atacados de otras dolencias.

Entre aquellos 10,000, la enorme mayoría corresponde a enfermos cuya sífilis está en estado latente, no dando aún manifestaciones de localización visceral.

De este conjunto hemos sacado, para nuestras consideraciones, todos aquellos casos cuyo diagnóstico clínico fuera de toda evidencia y algunos de ellos fueron hasta confirmados por la necropsia.

En el período primario, la reacción de Wassermann apareció alrededor del décimoquinto día del estallido del accidente inicial; en algunos casos, muy raros, ella se anticipó en dos o tres días, o bien se retardó en cinco o seis días. Sin poder afirmarlo, puesto que falta el número en nuestro apoyo, nos ha parecido que cuando el chancro es muy pequeño, cuyo aspecto es el de una simple erosión, sin base de induración, y donde el treponema se encuentra en pequeñísima cantidad, de aquellas lesiones que pasan a veces desapercibidas para el mismo enfermo, es en esos casos, digo, donde la reacción de Wassermann me ha parecido que tarda más en manifestarse; pero, repito, es cuestión que tengo a estudio.

En este tiempo, hicimos 500 exámenes de sangre de enfermos en período secundario. Esta estadística, despojada de todo error, nos da el cien por ciento de positivos.

En la sífilis terciaria cutánea, sobre un total de 98 reacciones hechas, tenemos un porcentaje de 96 o|o.

De los sujetos que vienen con rótulos de úlceras varicosas de la pierna, y que suman un total de 128, el 27 o|o de ellos nos da una reacción de Wassermann positiva total. La sangre de los tabéticos, que suman 28, nos dió el 60 o|o de positivos.

De la sangre de los paralíticos generales examinados, y que debemos a la amabilidad de los doctores Zamora y Garmendia, sólo uno vino con ese rótulo, nos dió un positivo parcial, todos los demás nos dieron positivo total.

INSUFICIENCIA AÓRTICA

Tenemos anotadas 152 sangres cuyo rótulo es de insuficiencia aórtica. Para que se vea bien la relación que existe entre esta enfermedad y la sífilis, hemos hecho un cuadro estadístico por quinquenios; veámoslo:

Edad de	P	N	Porcentaje
5 a 10	0	1	
15 a 20	1	0	
20 a 25	3	7	30 %
25 a 30	6	10	37 %
30 a 35	7	8	46 %

Edad de	P	N	Porcentaje
35 a 40	19	11	63 %
40 a 45	20	7	74 %
45 a 50	12	2	85 %
50 a 55	12	7	63 %
60 a 70	5	12	29 %
70 a 80	1	2	33 %

Con rótulo de aneurisma aórtico hicimos 31 exámenes, cuyos diagnósticos fueron confirmados por la radioscopía; 3 de estos exámenes nos dieron resultado negativo, y, en uno de ellos, se hizo punción lumbar y examen correspondiente de líquido céfalo-raquídeo: todo en él resultó negativo; serológicamente, no era un específico. Por lo demás, el porcentaje oscila alrededor del 90 o|o.

Es digno de notarse que de la sistematización del Wassermann en la, sala del Hospital Maciel, podemos deducir que el 19 o|o de los enfermos que entran a las salas de cirugía, tienen su Wassermann positivo y que él alcanza a un 26 o|o para los enfermos que se asisten en las salas de medicina.

Estos datos son sacados sobre más de 5,000 enfermos.

En lo que se refiere al líquido céfalo-raquídeo, haremos una salvedad, que queremos dejar bien aclarada, por cuanto es ella fundamental por sus resultados.

Generalmente, en todas las estadísticas publicadas, y ellas tienen ya algunos años, sus autores no han introducido en la reacción sino 1 cc. de líquido como máximo, y han establecido una especie de medida de sífilis con relación a la cantidad de líquido céfalo-raquídeo que en ella emplean. En nuestro laboratorio, siguiendo la táctica del Instituto Profiláctico de París, buscamos primeramente sífilis y secundariamente cantidad. Así es que sustituímos la solución fisiológica por el líquido céfalo-raquídeo. El resultado es que, examinados sistemáticamente, como lo hacemos con el doctor Halty, el líquido céfalo-raquídeo por edad específica, despistamos prematuramente los casos de permeabilidad meníngea, y la estadística de positividad en los tabéticos es mucho más elevada.

Así, por ejemplo, sobre treinta tabéticos examinados sólo dos nos dieron un Wassermann negativo. Pero es de advertir, y esto es muy importante, que estos dos enfermos no tenían en su líquido céfalo-raquídeo sino un linfocito por m.^{3} y sus albúminas y globulinas normales. Quiero dejar constan-

cia de este dato, puesto que ellos se apartan de la regla general, en estos casos, siempre hay algunos de los tres elementos.

En cuanto a la parálisis general, diré que he examinado la casi totalidad de los paralíticos generales que se asilan en el Hospital Vilardebó, y su resultado fué positivo en todos, salvo en uno, que vino con dicho rótulo, en el que no pude comprobar el Wassermann positivo. La confirmación del diagnóstico clínico, me obliga a incluirlo como negativo.

Esta es la marcha que seguimos en el laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, y estos son sus resultados.

Flóculo-albúmino-reacción de Noguchi en el líquido céfalo-raquídeo

POR A. SCALTRITTI (Montevideo)

Jefe del Laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis de Montevideo

Esta nueva reacción para despistar la cantidad y calidad de las albúminas del líquido céfalo-raquídeo, sobre todo patológico, basado en la precipitación concomitante que tiene el reactivo empleado, ha sido puesta en práctica en este Laboratorio desde hace algunos meses.

Ella fué comparada sistemáticamente con las ya conocidas y corrientemente usadas de Nonne Apelt, Pandy y Weichbrodt.

Entre las reacciones en frío, Noguchi pretende que ésta puede llegar a ser de carácter universal, por sus fieles resultados. La técnica referida es la indicada por su autor en el "J. A. de M." de abril de 1921. En los casos por mí comparados, la reacción se produjo entre la primera media hora hasta las 16 horas; solamente en los casos de parálisis general, es que ella se produjo rápidamente. Se presentó siempre con mucha nitidez: flóculo sedimentado en el fondo y líquido que sobrenada muy transparente. En el cuadro que presentamos puede verse el paralelismo que existe entre esta nueva reacción y las ya conocidas. Hemos suprimido un número crecido de reacciones efectuadas con líquidos céfalo-raquídeos normales, en las cuales su resultado fué constantemente negativo, dejando solamente aquellos casos que nos parecieron más adecuados para ser comparados.

CUADRO COMPARATIVO

		R.Wass.	R. de Pandy	R. de Nonne	R. de Weich.	Floc. alb. R. de Noguchi	Diagnóstico
JULIO DE 1921							
L. R. Germán.		H0	+ + +	Posit. 1ª faz	Positivo	Positivo	Confusión mental
R. Ceferino		H0	+ + +	»	»	»	Atrofia pupilar
M. Antonio		H0	+ + +	»	»	»	Tabes
L. Santiago—Dispensario Central. .	glób. bl. 140 × mm3 F { Linfocitos 92 % Pol. neutróf. 10 %	H0	+	»	»	»	Específico en trat.
Roc. Manuel--Dispensario Central .	glób. bl. 8 × mm3 F { Linfocitos 91 % Pol. neutróf. 9 %	H0	+	»	»	»	» » »
Clara C.—Sala Jacinto Vera . . .	glób bl. 16 × mm3 F { Linfocitos 93 % Pol. neutróf. 7 %	H0	+	»	»	»	Mal perforante plantar
Cat. Blanc.--Germán Segura . . .	Linfocitos 1 × mm3	H8	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Sífilis secundaria
Stef. Ant.—Dispensario N.º 1. . .		H0	+ +	Positivo	Positivo	Positivo	Desigualdad pupilar
Cat. Ser.—Sala Argerich		H0	+ +	»	»	»	Parálisis general
AGOSTO DE 1921							
P. Josef.—Sala Bienhechores . . .		H8	--	Negativo	Negativo	Negativo	Encefalitis epidémica
N. G.—Sala San José		H8	+ + +	Positivo	Positivo	Positivo	Mening. bacilar B K. positiva
Bat. Gabino—Dispensario Central .	Linfocitos 11 × mm3	H0	+ +	»	»	»	Específico en trat.
C. Evaristo--Dispensario Central. .	Linfocitos 0.8 × mm3	H8	—	Negativo	Negativo	Negativo	» » »
V. Alb.—Dispensario Central . . .	Linfocitos 0.8 × mm3	H8	—	»	»	»	» » »
Aq. Eiv.—Sala San José		H0	+	Positivo	Positivo	Positivo	Crisis gástricas
Per. Juan—Hospital Vilardebó . .	glób. bl. 25 × mm3 F { Linfocitos 69 % Pol. neutróf. 31 %	H0	+ + +	»	»	»	Parálisis general
Perg. Alfredo—Hospital Vilardebó .	glób. bl. 18 × mm3 F { Linfocitos 73 % Pol. neutróf. 27 %	H0	+ + +	»	»	»	» »
Varg. Laur.—Germán Segura . . .	Linfocitos 0 8 mm3	H8	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Específico en trat.
A. U.—Sala Argerich	glób. bl. 800 × mm3 F { Linfocitos 60 % Pol. neutróf. 40 %	H0	+	+ + +	Positivo	Positivo	Espec. en tratamiento Parál. facial.

En lo que toca a la preparación del reactivo, es ella algo delicada y requiere cierta práctica de laboratorio para obtener emulsiones sensibles.

Cúmpleme agradecer a los Jefes de Servicios que me honraron enviando trabajo a este Laboratorio.

CONCLUSIÓN

La flóculo-albúmino-reacción de Noguchi en el líquido céfalo-raquídeo normal y patológico, marcha paralelamente a las de Pandy, Nonne Apelt y Weichbrodt.

La reacción de Wassermann

Antígeno, Sustancia Wassermann, Escala

POR EL DR. JUSTO F. GONZÁLEZ (Montevideo)

Miembro del Consejo Nacional de Higiene.—Profesor de Higiene y Bacteriología.
Encargado de informar sobre las cuestiones indicadas por resolución
del I Congreso de D. y S. celebrado en Río de Janeiro.

Tres cuestiones de interés me propongo tratar, dando así cumplimiento a la resolución de la Asamblea del I Congreso de Dermatología y Sifilografía celebrado en Río de Janeiro en octubre de 1918.

En dicho Congreso fuí uno de los designados para reunir datos técnicos referentes al voto que sigue: "Para que se estudie la reacción de Wassermann desde el punto de vista de la uniformidad del método, de la unidad del antígeno, del patrón antigénico y de la Escala Colorimétrica".

Es sobre algunos términos del problema planteado, que voy a exponer, brevemente, el resultado de mis investigaciones hasta este momento.

Cierto acopio de datos fué realizado, durante mi permanencia en Estados Unidos de Norte América y Europa. En Boston, traté de ponerme al habla con distinguidos experimentadores, con el fin de detenerme en el estudio de todos aquellos puntos susceptibles de modificaciones, en la reacción de Wassermann y comprendidos dentro del voto formulado por el anterior Congreso.

En la Universidad de Harward, en el Laboratorio Wassermann, tuve ocasión de apreciar el criterio seguido en el empleo del "antígeno". El profesor Hinton, nuestro amigo, en-

tró de lleno en este asunto, y en el departamento de reacciones, nos dió todos los detalles al respecto. El profesor Hinton —que ha standardizado el método de la Reacción de Wassermann, el cual ha sido aprobado por el Estado — emplea en su laboratorio tres antígenos. Uno de hígado sifilítico y dos de corazón humano colesterinado.

Los tres, en cada reacción, deben dar igual resultado; cualquier diferencia notada en uno de ellos obligaría a repetir la reacción y hasta nuevos antígenos de reserva intervienen. El profesor Hinton cree que el antígeno de vísceras heredo-sifilíticas no ha sido superado hasta el momento.

En Francia, concurrimos al Instituto Profiláctico de la Sífilis, que dirige el doctor Vernes.

El distinguido Director, con sus peculiar familiaridad, nos hizo conocer en todos sus detalles el manejo de su técnica, y sus interesantes gráficas, que ha coleccionado hace poco tiempo, y de las cuales nos ha remitido un ejemplar. En su atlas, la tesis de la sifilimetría tiene un evidente apoyo. Volviendo al antígeno, diremos que el doctor Vernes sigue una técnica personal en cuanto a la reacción, y la substancia antigénica se denomina Peretinol, y cuya preparación se encuentra en uno de sus importantes folletos.

En muchas monografías, señores congresistas, encontramos opiniones favorables para el antígeno de hígado sifilítico en solución alcohólica.

Este antígeno, que nosotros llamaremos "antígeno lipoidal luético", para diferenciarlo del "antígeno lipoidal artificial", merece, de nuestra parte, la mayor aprobación y, por lo tanto, creemos que el "antígeno lipoidal luético" debe servir de patrón de "Standard", después de una titulación conveniente y rigurosa.

Nosotros empleamos, en la práctica diaria, el antígeno alcohólico heredo-sifilítico contraloreado por el profesor Wassermann.

Hasta hoy hemos obtenido el éxito más completo. No sólo ha dado buenos resultados en los casos de sífilis, sino que en reacciones de contralor, pedidas por distinguidos colegas, hemos podido comprobar la invariabilidad de este antígeno, debido, posiblemente, a su naturaleza y a la exactitud de su titulación. En cambio, hemos notado que otros experimentadores, que trabajan con otra clase de antígenos, han obtenido resultados diferentes, al practicar la misma reacción por segunda vez. Cada vez que hemos repetido una reacción positiva con el antígeno de hígado sifilítico Standard

del profesor Wassermann, hemos obtenido resultados iguales. La larga experimentación nuestra nos lleva a aceptar sin reservas, por el momento, el antígeno luético del profesor Wassermann, y no creemos que haya sido superado por ninguno, con preparaciones similares. (Antígeno lipoidal artificial).

Pero el empleo del antígeno de hígado sifilítico en la reacción de Wassermann no implica que al lado de éste no tengan su sitio otros antígenos, de cualquier clase y origen, sean o no colesterinados. Ya dijimos que el profesor Hinton emplea, además del antígeno alcohólico de hígado sifilítico, otros dos antígenos de corazón humano colesterinado. (1) Nosotros, siguiendo este criterio de usar más de un antígeno, hemos preparado uno de "corazón de cerdo, colesterinado", para seguir al "luético" comparativamente.

Este antígeno de corazón de cerdo colesterinado ha dado también buenos resultados. Con el profesor Lanza hemos practicado más de 800 reacciones de Wassermann, notando su buena conducción con el suero sanguíneo, pero, observándose algunas diferencias con el líquido céfalo-raquídeo. Podría decirse, desde luego, que el antígeno de corazón de cerdo (lipoidal artificial), puede acompañar en la reacción de Wassermann — en los sueros sanguíneos — al antígeno tutor luético. Multiplicar estos estudios comparativos en presencia de un "antígeno heredo-sifilítico", sería facilitar la selección del más importante de los componentes de la reacción de Wassermann.

Por lo tanto, creemos aconsejable, por el momento, el antígeno luético (en el del profesor Wassermann entran varios hígados sifilíticos), como tutor, pudiendo emplearse conjuntamente otros preparados antigénicos. No encontrando que, hasta el momento, se haya demostrado la superioridad de ningún antígeno sobre el luético, que debe servir de Standard, recomendamos este último en toda reacción de Wassermann, sin perjuicio de añadir, naturalmente, los antígenos que se deseen, lo cual pudiera llegar a ser en lo sucesivo muy conveniente.

El antígeno de Wassermann puede servir de patrón o "Standard" por las condiciones irreprochables de su preparación y el contralor que constantemente realiza el profesor

(1) El Consejo de Higiene del Estado Alemán, el 11 de julio de 1919, ha estandardizado el método y establece, por el decreto respectivo, que debe emplearse tres antígenos, uno de ellos de hígado sifilítico.

Wassermann. En presencia de este "patrón" pueden titularse los demás antígenos de origen luético y los de naturaleza lipoidal artificial. Este punto tendrá más amplio desarrollo en el informe que sobre Standarización de la Reacción de Wassermann presentaré al Consejo Nacional de Higiene oportunamente.

Por lo conocido hasta el momento, es difícil encontrar un antígeno superior al luético. Al menos no ha sido comprobado; pero debemos añadir, por otra parte, que los recientes trabajos del profesor Wassermann vienen en ayuda de nuestra opinión. En su interesante conferencia, dada el 15 de diciembre del año pasado, en Berlín, usando siempre el antígeno heredo-sifilítico, dió a conocer un nuevo hallazgo en los sueros específicos, aislando un elemento que él llama substancia Wassermann (Ver "Clinische Med. Vog."). Desde luego, la reacción biológica de Wassermann reposa sobre una nueva base. Se han comprobado hasta hoy, en esta reacción, numerosos errores, debidos, tal vez, al empleo de antígenos insuficientes y a defectos de técnica, y, el mismo Wassermann, en la mencionada conferencia, mostró a sus discípulos, dos tubos de reacción, en los cuales no había hemolisis. Sin embargo, dice el profesor, de las dos reacciones una debe ser negativa, lo que demostraré en seguida. Por medio de una técnica descripta (véase "Clinische Med. Vog."), aísla la substancia que lleva su nombre, que es un anticuerpo, y diluída convenientemente, practica, dentro de las reglas normales, con un nuevo sistema hemolítico, la reacción de Wassermann. En el tubo con suero negativo no hay substancia Wassermann, y la segunda reacción, repetida según su nueva técnica, da el resultado negativo que es de esperarse. En el segundo tubo, con suero seguramente sifilítico, la reacción vuelve a ser positiva por segunda vez. El anticuerpo o la substancia Wassermann, en presencia del "antígeno", ha dado lugar al "Agregado de Wassermann", el cual, actuando sobre el complemento, ha dado el resultado positivo que correspondía, estando en presencia de un suero seguramente sifilítico.

Esta prueba se denomina "Comprobación de Wassermann" y, en breve, entrará en la práctica diaria, con el objeto de alejar toda causa de error. Esta comprobación será utilísima.

Otra cuestión voy a tratar con brevedad. Hay diversos criterios de apreciación para determinar la intensidad de la reacción de Wassermann.

No haremos revisión de ellos, ni tampoco nos engolfaremos en describir el fenómeno de fijación o de floculación que pueda producirse. Nuestra finalidad es más práctica, respondiendo al cometido dado. Sin embargo, podemos hablar de fijación del complemento; nada nos impide por ahora aceptar este criterio, si es que seguimos las experimentaciones de Wassermann.

Entre las escalas o métodos de determinación de la intensidad de la reacción, hay algunas que tienen cierta consagración. Al menos van viviendo y no son reemplazadas por otras mejores. El doctor Vernes, entre otros, tiene una escala conocida.

Puede decirse que en el país es la escala más difundida. No entraremos a apreciar sus ventajas e inconvenientes. Habla en favor de esta escala colorimétrica la exactitud del color y su sencilla obtención, conservación, etc.

Por el momento, la escala colorimétrica de Vernes no tiene reemplazante, pero entiendo que habría conveniencia en fijar numéricamente el valor de dicha escala, lo mismo que se hace con la hemoglobina, si se quiere, por el método de Sahli u otros similares. Propongo que se indique en números del 0 al 100 el procentaje que llamaremos de fijación de substancia Wassermann o de anticuerpo, pero en relación con la escala de Vernes.

	Intensidad de la reacción — Porcentaje	DATA		
H^0	100 a 80 %			
H^1	70 %			
H^2	60 %			
H^3	50 %			
H^4	40 %			
H^5	30 %			
H^6	20 %			
H^7	10 %			
H^8	0 %			

En cada H puede figurar el equivalente numérico. (1) Esta divulgación será útil y no excluye la adopción de signos convencionales difundidos y admitidos por distintos investigadores que se dedican a practicar la reacción de Wassermann.

Creyendo haber dejado cumplido el voto, emitido por el I Congreso de Dermatología y Sifilografía, paso a formular las conclusiones, no sin antes hacer notar que me he limitado al "antígeno" y a la escala colorimétrica, dejando la uniformidad del método, que debiera quedar comprendido en esta información, pero que aún no ha sido resuelto en nuestro país; encontrándose a estudio del Consejo Nacional de Higiene la Standardización de la reacción de Wassermann, proyecto sobre esta importante cuestión que se debe a la iniciativa del miembro del Instituto Profiláctico de la Sífilis doctor Augusto Turenne. En oportunidad deberé ocuparme de este tópico, y sus conclusiones podrían hacerse conocer en el próximo Congreso, conjuntamente con las resoluciones adoptadas en otros países sudamericanos, sin excluir las del Estado Alemán y de los Estados Unidos de Norte América, que ya se han pronunciado sobre la Standardización o normalización del método. (2)

CONCLUSIONES

Por las razones expuestas, llegamos a las conclusiones siguientes:

1.° Que hasta el presente no se ha encontrado un "antígeno" que supere las cualidades del "antígeno luético", el cual puede ser empleado como "Standard" en toda reacción "denominada" de Wassermann, practicada dentro de las reglas normales establecidas.

2.° Que teniendo en cuenta su naturaleza luética y la garantía que representa la intervención del profesor Wassermann en su valoración, sería de desear que este antígeno se emplee como patrón para valorar los otros antígenos.

3.° Que en cada reacción de Wassermann que se practique, un antígeno, por lo menos, debe ser de naturaleza luética.

4.° Que sólo deben denominarse reacciones de Wassermann a las que se practiquen dentro de las reglas establecidas por su autor.

---

(1) Véase el gráfico correspondiente.

(2) Véanse los folletos correspondientes de estos dos últimos países.

5.º Que, con el fin de establecer un criterio de apreciación lo más exacto posible en la intensidad de la reacción de Wassermann, sin exclusión, entretanto, de ningún signo convencional ya difundido, es conveniente una escala colorimétrica.

6.º Que la "Escala Colorimétrica de Vernes" puede ser difundida en los países americanos, para tender a la uniformidad de apreciación en la intensidad de la reacción de Wassermann en estos países, adoptándose en el próximo Congreso, si es posible, la escala definitiva o cualquier otro sistema de apreciación que indicase superioridad sobre los anteriores.

7.º Que la escala numérica incorporada a la Escala de Vernes, indica una nueva tendencia de mayor precisión, al establecer el porcentaje de fijación en cada caso.

8.º Que en las reacciones "dudosas" será conveniente practicar la prueba de comprobación de Wassermann.

9.º Que estas conclusiones sean tenidas en cuenta por las autoridades directivas de la Lucha Antivenérea en todos los países representados en este Congreso, que se aboquen al estudio de la Standardización de la reacción de Wassermann.

Propongo la aspiración o voto siguiente:

Para que las autoridades directivas de la Lucha Antivenérea, en los países adherentes a este Congreso — convenientemente asesoradas por los organismos técnicos oficiales — se aboquen al estudio de la Standardización de la reacción de Wassermann, y que los Consejos de Higiene o Instituciones similares dicten en oportunidad la ordenanza respectiva.

Nuevo método para el diagnóstico precoz de la sífilis

POR A. PRUNELL (Montevideo)
Jefe del Laborotorio d la Clínica Psiquiátrica

su experimentación clínica

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)
Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica
Médico adjunto del Dispensario Núm. 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

I — Nuevo método de diagnóstico

El laboratorio dispone de los siguientes métodos para el diagnóstico clínico de la sífilis.

La reacción de Wassermann y sus varias modificaciones. Tiene un gran valor diagnóstico, pero hay en esa reacción puntos difíciles, situaciones críticas que le restan el mando en el diagnóstico exacto.

Con el andar del tiempo, con el estudio comparativo de los métodos del laboratorio y la clínica, vamos progresivamente creyendo en estos últimos, a tal punto que el principio *"El Wassermann hace el diagnóstico y el 606 el resto"*, oprimido por los hechos, va cediendo terreno y estamos entrando nuevamente en el camino de la prudencia y de la doctrina sustentada por la experimentación y sus resultados.

La luetino-reacción, muy poco usada, porque se ha comprobado que ciertas substancias, sobre todo el yoduro de potasio, pueden igualmente dar la reacción.

Examen del líquido céfalo-raquídeo, el que da informes positivos en los casos en que otras reacciones del medio circulante hayan desaparecido o no se presenten.

Cultivo de treponema, experiencia difícil y para lo que se necesitan materiales que sólo existen en los laboratorios bien montados.

Inoculación a los animales, indicada por Eugman, puede ser una prueba de gran valor en los casos dudosos.

Examen al ultra-microscopio, procedimiento de gran valor por su sensibilidad y por la precocidad del diagnóstico. Falta en algunos casos de chancros específicos tratados por substancias germicidas, y por imperfección del procedimiento. y. quizá también por la evolución que Mc. Donagh le asigna al

treponema. Es una prueba delicada, es necesario una larga experiencia, puesto que hay ciertos *spirilus* que pueden ser confundidos con treponema.

Las investigaciones del laboratorio, orientadas hacia el diagnóstico precoz de la infección sifilítica, se han intensificado en estos últimos tiempos, puesto que es de esa precocidad que parecen depender los resultados del tratamiento y la curación definitiva.

Y por ello hemos pensado si no sería posible comprobar la existencia, en el exudado del chancro, de los anticuerpos sifilíticos en el momento en que la sangre de la circulación general careciera de esos elementos. Y nuestras investigaciones, perseguidas desde el mes de julio pasado, han tenido el éxito deseado.

Nuestro procedimiento está fortificado por las siguientes bases científicas:

1.° Retardo de la saturación por anticuerpos sifilíticos en el medio circulante.

2.° Existencia entre el chancro y el ganglio de una mayor cantidad de toxina y, por consiguiente, mayor cantidad de anticuerpos.

3.° Existencia de mayor cantidad de adrenalina al nivel de la cápsula suprarrenal que en el resto de la sangre.

4.° Existencia de hemolisinas naturales en el suero sanguíneo.

5.° Existencia en el líquido céfalo-raquídeo de una gran cantidad de anticuerpos mientras que en el medio circulante hay ausencia casi completa de esas substancias.

6.° Existencia de anticuerpos en el exudado.

Resulta que el organismo puede concentrar la lucha en un lugar determinado, con formación de anticuerpos, sin que su masa total haya participado aparentemente de esa infección.

En realidad existe entre los diferentes humores un coeficiente de repartición demostrado por la experiencia.

Y de la misma manera que existe al nivel de la cápsula suprarrenal mayor cantidad de adrenalina, también existe por detrás de las meninges a través del plexus coroides una diferencia de potencial en anticuerpo sifilítico, separado únicamente por una membrana que regula los cambios de ultrafijación, así también existe entre el chancro y su "pared", permítasenos la expresión, y el ganglio satélite, una precoz formación de anticuerpos, sostenidas en sus primeros momentos por la barrera que aquéllos ponen a la infección y que sólo

se generaliza cuando el organismo se halla saturado en su totalidad por sus defensas mismas, neutralizando, a la vez, con las globulinas luéticas a poder antialéxico, la acción de las hemolisinas naturales defensivas que existen en la sangre.

Hemos encontrado los casos en los cuales la seroreacción con el exudado del chancro era positiva, como también lo era la presencia del treponema al ultra y, no obstante, la seroreacción en la sangre tomada en el mismo momento, era negativa; hay casos también en que, a pesar de la ausencia de treponema, y del resultado negativo en la sangre, la reacción con el exudado del chancro era positiva; en estos casos observados después, probaron que se trataba de infección sifilítica, puesto que algunos días después la seroreacción en la sangre fué positiva. Las observaciones clínicas tomadas por el doctor José May ponen de relieve el resultado obtenido.

Técnica. — Lavar la región del chancro con agua destilada, luego con una gaza embebida de suero fisiológico, se limpia toda la región, y con una lanzeta se hacen pequeños raspajes en el sitio interno de la región indurada, sale enseguida exudado mezclado con sangre, que se recibe en una pipeta dividida en décimos; 0.1 de la mezcla se vierte en un tubo de reacción, que contiene 0.4 de suero fisiológico al 8.5, se centrifuga, se decanta el líquido, y se vierten en un tubo 0.25 para la reacción y el resto en otro tubo como contralor, y se procede como para la reacción de Wassermann, previa inactivación.

Observaciones. — En el exudado de los chancros sifilíticos, hemos notado, en los muy precoces, sólo una polinucleosis con eosinofilia marcada. Obs. XXXII, chancro de 36 horas, que existe también en todos los otros chancros que nos han dado positivo, contrastando con la mononucleosis de los chancros simples. En los sifilíticos hemos notado, además, la presencia de cristales de colesterina, y la reacción de Lieberman, efectuada simultáneamente en el exudado y en la sangre del mismo enfermo, habiendo resultado más fuerte la primera que la segunda. Esto fortificaría el rol que muchos autores le asignan a la colesterina, en su relación con la aparición de la reacción de Wassermann, y nosotros abrigamos la idea que la colesterina combinada a las albúminas, es decir, las proteo-colesterinas, son los verdaderos anticuerpos luéticos, causantes de la fijación del complemento. Estas observaciones serán objeto de posterior estudio.

El raspaje de la región debe ser muy superficial, y evitar

la llegada de la sangre externa al chancro, la que puede neutralizar la acción de los amboceptores presentes.

CONCLUSIONES

a) La existencia de anticuerpos en el exudado del chancro sifilítico es un hecho adquirido, que permite reconocer precozmente una seroreacción positiva.

b) La seroreacción del chancro precede en dos o tres semanas a la seroreacción de la sangre.

c) La seroreacción con el exudado es un excelente medio para el diagnóstico precoz de la sífilis.

II — Experimentación clínica

DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO DEL CHANCRO SIFILÍTICO

La observación diaria en la Clínica Dermosifilopática del profesor Brito Foresti y en la Clínica Dermatológica a mi cargo, nos ha puesto más de una vez frente a problemas de diagnóstico difícil de resolver clínicamente en los casos de ulceraciones venéreas, que no siempre se presentan con los caracteres clínicos tan maravillosamente descriptos por los maestros de la sifiligrafía, en particular Fournier, exponiendo a errores y, en consecuencia, a dejar transcurrir el plazo dentro del cual es más fácil tentar la cura radical de la sífilis, evitando así los peligros que apareja una invasión general de todo el organismo por el virus sifilítico y que, según nuestra estadística, comprende un 20 o|o de los casos de chancros iniciales.

El ultramicroscopio, habitualmente aplicado al diagnóstico bacteriológico de las ulceraciones, resuelve muchos casos, permitiendo así establecer de inmediato la terapéutica adecuada. Pero ¡cuántas veces hemos requerido del laboratorio, sin lograrlo, la confirmación microscópica del diagnóstico clínico, y cuántas otras, frente a ulceraciones sin los caracteres clínicos de los chancros sifilíticos, hemos tenido el informe de que existían treponemas!

En nuestra práctica privada y en nuestra experiencia de la Policlínica, hemos tenido, muchas veces, que esperar a la aparición de los síntomas del período de generalización para empezar el tratamiento, ya sea por reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, ya sea por manifestaciones secundarias.

Gougerout, en diversas publicaciones, ha llamado justamente la atención sobre los casos de dificultad de diagnóstico en el comienzo, seguidos de reacciones positivas, apareciendo tardíamente, más allá del plazo común de un mes (''Paris Medical'', diciembre de 1913, febrero de 1916).

Bodin, en el mismo ''Paris Medical'', febrero de 1918, publica un trabajo sobre algunas dificultades del diagnóstico del chancro sifilítico en el hombre, en el que pasa en revista las anomalías con que puede presentarse, que agrupa en dos categorías: las que resultan de una modificación más o menos profunda de uno o de varios de los caracteres del tipo clásico, las que son debidas a complicaciones diversas. — agregando, además, una causa de error, que es tomar por ulceración sifilítica, una lesión que no lo es.

Trata el punto de la multiplicidad de los chancros sifilíticos, idea sobre la que es necesario insistir, pues comúnmente se opone la multiplicidad como característica de los chancros simples a la unidad de sifilíticos. Por nuestra parte, hemos observado casos de dos, tres chancros clínicamente sifilíticos, seguidos de la sintomatología secundaria, aunque en limitada proporción. Nos ha sido dado observar la falta de induración clásica, así como también que no siempre, sobre todo en el comienzo, antes de los diez o doce primeros días, la superficie se presenta como una exulceración de color carne de jamón, o bien, por la localización del chancro, en lugar no accesible a la vista (meato, uretra), o bien la falta de lesión visible de puerta de entrada, a pesar de una adenopatía satélite inguinal con los caracteres de las adenopatías específicas, seguidos de manifestaciones secundarias (Obs. de Oter, Antonio, de Rasch, Francisco), que permitían suponer una puerta de entrada genital.

En cuanto a las complicaciones, fimosis, infección mixta, coexistencia con el herpes, que muchas veces sirven de puerta de entrada y que desaparecen dentro de los plazos habituales, son causas bien conocidas de dificultad de diagnóstico.

Dice muy bien Bodin, que debe estarse en guardia contra el error de tomar por chancro sifilítico una lesión que no lo es. Nuestro colega, el doctor Enrique Claveaux, que frecuentemente nos hace las investigaciones microscópicas, nos ha llamado la atención sobre la existencia de un bacilo alargado, que podría tomarse como un espiroquete, dotado de un movimiento de reptación en el sentido anteroposterior, que encontró en chancros indurados (casos de Ramón

Ari., Fco. Agra. y otros), y que, más recientemente, nuestro compañero de trabajo, el químico señor A. Prunell, tuvo también oportunidad de encontrar en un enfermo, Enrique Lag., — que presentaba una ulceración pequeña, descansando sobre base indurada, en el surco, y a la que nos referiremos más adelante. Es el tipo de uno de los espiroquetes señalados por Query como forma de pasaje del treponema, considerado como protozoario.

El ultramicroscopio, como decimos más arriba, aclara a menudo el diagnóstico, pero no siempre; Gaucher, en una de sus lecciones, dice: "se puede ser engañado por la presencia, en el accidente primario, de espirilos sin especificidad, y, por otra parte, no cuento más los casos de chancros sifilíticos cuya naturaleza ha sido demostrada por las manifestaciones ulteriores, y en las que observadores experimentados no habían descubierto espiroquetes".

Gougerot, en su obra "La syphilis en clientèle", 1921, al tratar del diagnóstico del chancro sifilítico, insiste sobre las dificultades con que muchas veces se encuentra el microscopio de eliminar el diagnóstico de treponema, y reclama la repetición de los ensayos y la seroreacción en serie, pues no es posible, si existe duda clínica, rechazar el diagnóstico de sífilis por comprobaciones negativas. Dice: "En efecto: no se " sabría desconfiar demasiado de una interpretación absolu- " ta de los resultados de laboratorio: los métodos actuales, " investigación de treponema al ultramicroscopio, seroreac- " ción, han realizado grandes progresos y permiten a me- " nudo resolver problemas que otras veces quedaban inso- " lubles hasta la aparición de la roseola; pero sería peli- " groso creer que "el laboratorio" va a resolver segura- " mente todas las dificultades: hay casos numerosos en que " los resultados bacteriológicos mal interpretados pueden " ser causa de errores graves: el error es hecho con todas " las "garantías modernas" y es tanto más grave cuanto " que el médico cree apoyar su falso diagnóstico sobre las " técnicas más perfeccionadas. Yo no sabría repetir dema- " siado que un "*signo bacteriológico* debe ser interpretado " como un *signo clínico* y que el *práctico, que ha visto el " enfermo, puede sólo dar a resultados de laboratorios ne- " gativos o dudosos su justo valor*. Es necesario conocer bien " las excepciones a las reglas bacteriológicas habituales: " cierto, lo más a menudo, un chancro muestra treponemas " al examen directo, pero, ¡cuántas excepciones!". "Un re- " sultado negativo no prueba nada; y no se debe concluir en

" la ausencia de sífilis porque se descubren otros gérmenes: " bacilos de Ducrey, asociación fuso-espirilar, etc."

En nuestra práctica hemos tenido oportunidad de comprobar más de una vez la justa apreciación que encierran las frases transcriptas más arriba. Para no citar sino algunos ejemplos de Gougerot, diremos que una de las Obs. del tratamiento de localización en el líquido céfalo-raquídeo, P. M. F., corresponde a un enfermo en quien la investigación fué negativa, haciéndose el diagnóstico cuando apareció la roseola. En otro caso, fué recién después de revisar más de diez láminas que pudo encontrarse el treponema. En el trabajo en colaboración con el doctor Claveaux, hacemos una pequeña estadística — 5 sobre 50 casos — respecto de aquellos casos netamente sifilíticos y que, sin embargo, no encontró treponemas a investigación repetida.

En estas condiciones, convencido por mi experiencia personal, por la enseñanza de los maestros como Gougerot, que investigadores experimentados pueden no hallar treponema en lesiones iniciales claramente sifilíticas, el químico, señor Alfredo Prunell, me habla a principios de agosto de un nuevo método de diagnóstico precoz de la sífilis y me invita a experimentarlo en la clínica Dermatológica y Dispensario N.° 1.

Me expone su idea, original, cuya exposición precede esta nota y que es la siguiente: hacer la reacción de Wassermann en la serosidad que se extraiga del chancro.

Acababa de leer en esos días el Tomo I de *Syphilis* del "Tratado de Patología Médica", publicado bajo la dirección de Sergent, Rivadeau Dumas y Babonneix, donde al estudiar cómo el organismo es invadido por el treponema, dice que la infección no aparece sino cuando hay conflicto entre el organismo y el virus, conflicto que resulta de la formación de anticuerpos y que se traduce a la observación por la aparición de reacciones serológicas, pero antes que la infección se generalice es en el accidente inicial, en el chancro, donde se produce esa lucha.

Apliquemos a la lesión local el mismo criterio que al organismo general. Es allí donde empiezan las primeras reacciones en los tejidos del organismo, en la serosidad de los tejidos puestos en primer término en contacto con el treponema, que se producirán las primeras modificaciones serológicas.

Confieso que me pareció tan lógico, tan natural, tan sencillo, que manifesté mi asombro, de que en plena búsqueda de laboratorio, como están millares de observadores, no se

hubiera pensado en una cuestión que, para mí, surgía tan clara, por lo que me puse de inmediato a enviarle material desde mi clínica privada y hospitalaria, para hacer el diagnóstico precoz de sífilis, y, con las reservas del caso, lo puse en conocimiento de mi profesor, el doctor Brito Foresti, pidiéndole que en aquellos casos de su clientela que no hallara el treponema y teniendo el diagnóstico clínico de chancro sifilítico, los enviara para su observación.

Tal es el nuevo método de diagnóstico precoz de la sífilis, cuya técnica describe el señor Prunell. Veamos los resultados de su aplicación en la clínica.

He aquí las observaciones realizadas:

Observación. I. Can. D. Hombre de 50 años. Viene a consultarme el día 4 de agosto de este año, por una lesión ulcerosa del meato, datando de seis días. No hay induración, tejidos blandos, diagnóstico clínico chancro simple, pero reclamo la atención del señor Prunell porque muy a menudo los chancros del meato son sifilíticos.

La investigación local: Ducrey y estafilococos. El enfermo va a campaña. En estas condiciones, 48 horas después de comunicarme el primer resultado, el señor Prunell, me visita y me expone que, practicando su idea de la investigación del Wassermann en el suero del chancro, en este caso, a pesar de no haber treponema, había un Wassermann H0 (positivo total), por lo que, bien que realizaba sus análisis en privado, se creía obligado a exponer el resultado de su experiencia, para evitar mayores males con el desarrollo de la enfermedad.

En estas condiciones, reclamo la presencia del enfermo, que sólo se hace en los primeros días de septiembre. Examen: chancro completamente curado, no hay repercusión en el organismo.

Expuesta la razón de su presencia, el enfermo me confía que el año anterior se había hecho un análisis de sangre en un laboratorio, por consejo del médico que lo trataba, dándole por resultado H0, con gran sorpresa del mismo enfermo, que no ha tenido, fuera de este chancro, que lo trajo a mi consulta, ningún accidente sospechoso. El médico lo envía entonces a otro laboratorio en que le da H8, completamente negativo, y como este resultado estaba, al parecer, más en concordancia con la falta de antecedentes, no le hace ningún tratamiento.

Extraigo entonces dos tubos de sangre: uno hecho por el señor Prunell da H0, el otro, hecho por el señor Scaltritti, por su método personal y por la floculación, da H0 y positivo, — confirmándose así el anterior hecho por el señor Scaltritti.

Quiere decir, pues, que por el suero del chancro — clínica y bacteriológicamente simple — fué posible diagnosticar una sífilis ignorada, cuya única manifestación son unas cefaleas intermitentes y algunas gastralgias.

El enfermo está haciendo tratamiento.

Obs. II. Rier. Agosto 4. Diagnóstico: chancro sifilítico en regresión. Roseola, placas mucosas, adenopatía.

Investigación del treponema: negativa. Reacción de Wassermann en el suero del chancro H0 al centésimo. Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo H0 diluído al 1 en 40, H8 diluído al 1 en 100.

Obs. III. Agosto 7. Vil. Rafael, 52 años, español, soltero. Presenta una ulceración del prepucio, datando de unos doce días, tratada localmente con nitrato de plata, diagnóstico probable, chancro simple. Resultado: treponema negativo, Wassermann chancro H8, Wassermann suero H8. La observación del enfermo permite establecer más tarde, el día 16 de septiembre, lo siguiente: Treponema negativo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H0.

En resumen, un chancro en el que no se encontró treponema, y sin reacción local y que, sin embargo, era un chancro sifilítico.

Obs. IV. Agosto 8. Mart.

Treponema positivo. Wassermann en el chancro H0. Wassermann en el suero sanguíneo H8. El enfermo no vuelve.

Obs. V. Agosto 11. Cas. Diagnóstico: chancro sifilítico del labio inferior, datando de 20 días. Adenopatía submaxilar.

Investigación del treponema (negativa en un laboratorio), positiva Prunell. Wassermann en el chancro H0:—Wassermann en el suero sanguíneo H3.

Despnés de 4 inyecciones de neosalvarsán:

W. en el chancro H8. W. S. H8

Obs. VI. Agosto 11. Palad. Nicolás. Diagnóstico: chancro sifilítico del labio superior, de 8 días. Diagnosticado treponema por el doctor Claveaux, habiéndosele hecho 4 inyecciones de neosalvarsán.

Resultado: Treponema negativo. Wassermann en el chancro H0. Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. VII. Agosto 12. Leon. Chancro clínicamente simple. Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. VIII. Agosto 15. Fac. Diagnóstico clínico: chancro a Ducrey. Treponema negativo. Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. IX. Agosto 15. José. Con. Diagnóstico: chancro a Ducrey, datando de cuatro días. Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. X. Ric. Diagnóstico: chancro clínicamente Ducrey, descansando sobre base ligeramente indurada. Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XI. Agosto 18. Rochet. Diagnóstico probable: dos ulceraciones superficiales por irritación medicamentosa por herpes prepucial, datando de 20 días. Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. XII. Agosto 19. P. Jacinto. Diagnóstico: chancro del tamaño mayor de una moneda de centésimo, clínicamente Ducrey, descansan-

do sobre base dura (posible chancro mixto). Treponema negativo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero sanguíneo H2.

Al examen, como estigmatos que podrían considerarse de sífilis, adenopatía epitrocleana. El enfermo no ha vuelto.

Obs. XIII. Agosto 19. P. R. Diagnóstico clínico: 3 chancros sifilíticos del surco balano-prepucial, 1 chancro sifilítico del glande, datando de unos veinte días. Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Posteriormente, después de 4 inyecciones de 0.30, 0.40, 0.45 y 0.45, el día 14 de septiembre, da Wassermann en el chancro H8.

Obs. XIV. Agosto 23. Lab. Antonio. Diagnóstico: chancro hacia 2 meses curado; chancro datando de 8 días, de aspecto sospechoso. Treponema negativo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Después de 4 inyecciones de neosalvarsán, la reacción Wassermann en el chancro da H8, el 14 de septiembre.

Obs. XV. Agosto 24. Mac. Martín. Diagnóstico: chancro clínicamente Ducrey, datando de casi dos meses.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. XVI. Agosto 24. Leopoldo Mar. Diagnóstico: chancro del prepucio, datando de 15 días, clínicamente, sospechoso Ducrey.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H8.

No concurre a la clínica hasta el día 9 de septiembre, en que se le extrae sangre, dando H0, y sin esperar el tratamiento vuelve el 3 de octubre, con roseola.

Obs. XVII. Agosto 24. Dick. Diagnóstico: chancro del prepucio, datando de cuatro días, del tamaño de una pequeña lenteja, superficie equimótica, ligeramente indurado. Clínicamente sifilítico.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0. El enfermo no vuelve a la consulta.

Obs. XVIII. Agosto 29. Ojed. Gregorio. Diagnóstico: ulceración del prepucio, del tamaño de la yema del dedo pulgar, datando de dos meses. Clínicamente: Ducrey.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Obs. XIX. Septiembre 3. Carabel. Xavier. Diagnóstico: ulceración de unos tres milímetros, descansando sobre una base más amplia, ligeramente indurada: sospechoso de especificidad.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XX. Septiembre 5. Lag. Enrique. Diagnóstico: chancro del surco, datando de seis días: clínicamente sospechoso de especificidad: superficie sangrando fácilmente, base ligeramente indurada.

Treponema, en un laboratorio, positivo. Treponema negativo: se

encuentra un bacilo alargado que tiene movimiento de reptación, descripto por Quéry, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero sanguíneo H8.

Día 9. El doctor Claveaux hace una investigación de treponema sin resultado. El enfermo cura con tratamiento local de agua hervida. Visto el 23 de septiembre sin síntomas de sífilis.

Obs. XXI. Septiembre 6. Vil. Manuel. Diagnóstico clínico: dos chancros sifilíticos del surco, datando de unos veinte días. Adenopatía epitrocleana.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H0.

Obs. XXII. Octubre 9. Alvar. Mario. Diagnóstico. ulceración del prepucio, superficie sangrando con facilidad, del tamaño de unos seis milímetros: sospechoso de chancro sifilítico. (Enfermo que tenía ganglios epitrocleanos anteriores y Wasserman H8 del año 1919).

Treponema positivo, reacción Wassermann en el chancro H0, reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXIII. Octubre 9. Meir. Carlos. Diagnóstico: chancro del surco, datando de 10 días, indurado.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXIV. Octubre 9. Pet. Domingo. Diagnóstico: chancro del prepucio, clínicamente simple.

Treponema positivo, reacción de Wassermann en el chancro H8, reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXV. Octubre 9. Den. Miguel. Diagnóstico: chancro del surco; clínicamente aspecto de chancro simple.

Treponema negativo, reacción Wassermann en el chancro H8, reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXVI. Octubre 10. Artigas Bl. Chancro del surco, clínicamente simple.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXVII. Octubre 12. Bar. Juan. Diagnóstico: chancro del surco, clínicamente simple—Ducrey.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXVIII. Octubre 12. Riv. Bismark. Diagnóstico: chancro, datando de siete días. Aspecto clínico de chancro simple.

Treponema positivo, reacción Wassermann chancro H2, reacción Wassermann suero H8.

Obs. XXIX. Septiembre 12. Land. Carlos. En junio de este año una ulceración grande del forro, que cicatrizó completamente. Reacción Wassermann (2) H8. El 12 de septiembre viene a la consulta, presentando en la zona cicatricial dos pequeñas ulceraciones, ligeramente induradas; diagnóstico: chancros sifilíticos.

Treponema negativo, reacción Wassermann chancro H0, reacción Wassermann suero H8.

Obs. XXX. Septiembre 12. Rom. Carlos. Diagnóstico: chancro ligeramente indurado del surco, datando de 8 días (datos que rectificó, siendo de más tiempo), sospechoso de sífilis.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H0.

Obs. XXXI. Septiembre 14. Mor. Chancro del prepucio, descansando sobre una base ligeramente indurada, a bordes excavados, datando de 15 días, aspecto de chancro simple.

Treponema negativo, reacción Wassermann H8, reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXII. Septiembre 14. M., estudiante de medicina. Pequeña ulceración del prepucio, datando de unas 24 a 36 horas. El diagnóstico clínico imposible de establecer, bien que inclinándome al de chancro simple.

Treponema positivo (largos), reacción Wassermann en el chancro H8, reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXIII. Septiembre 14. Recal. Diagnóstico: chancro del surco, datando de días, probablemente simple.

Treponema negativo, reacción Wassermann en el chancro H8 (7), reacción Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXIV. Septiembre 14. Gian. Diagnóstico: chancro sifilítico del labio inferior y chancro sifilítico del frenillo, datando de cerca de veinte días.

Treponema positivo en ambos, Wassermann en el chancro labio H3, Wassermann en el chancro frenillo H0, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXV. Septiembre 15. Got. Domingo. Diagnóstico: chancro del prepucio, datando de 8 días, ligeramente indurado, sospechoso de sífilis.

Treponema positivo, reacción Wassermann en el chancro H0, reacción en el suero H8.

Obs. XXXVI. Septiembre 15. Luciano Suar. Chancro del limbo, datando de ocho días, sospechoso de sífilis.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H2, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXVII. Septiembre 16 de 1921. Oli. Zoraida, niña de 10 años. Diagnóstico: ósteoartritis sifilítica del pie izquierdo por heredosífilis. Dos gomas abcedadas, una cerrada, en la que se hace la investigación.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXVIII. Septiembre 16. Or. Pedro. Diagnóstico: probable glositis losángica de Brocq.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XXXIX. Octubre 19. Mont. José. Diagnóstico: chancro sifilítico del glande, data de 16 días.

Treponema positivo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H8.

Obs. XL. Septiembre 23. Pir. A. Diagnóstico: chancro sifilítico del surco, datando de 8 días.

Treponema positivo (largos), Wassermann en el chancro H2. Wassermann en el suero H8.

Obs. XLI. Septiembre 26. Rimb. Chancro del surco, datando de 8 días, clínicamente simple.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XLII. Septiembre 26. Fern. José. Chancro del surco, datando de 5 días, clínicamente simple.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XLIII. Septiembre 26. Fas. Antonio. Chancro del frenillo, datando de 8 días, clínicamente simple.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H8, Wassermann en el suero H8.

Obs. XLIV. Septiembre 26. Mart. Secundino. Chancro del surco, datando de 7 días, indurado, sospechoso de sífilis.

Treponema negativo, Wassermann en el chancro H0, Wassermann en el suero H8.

DISCUSIÓN DE LOS HECHOS

En total, hasta el 26 de septiembre, se ha hecho la experimentación en 44 casos, habiéndose repetido en 4 casos, que se clasifican así: un caso de herpes (Obs. XI), un caso de glositis losángica de Brocq (Obs. XXXVIII), un caso de sífilis terciaria hereditaria (Obs. XXXVII), un caso de sífilis secundaria (Obs. II), 16 casos de chancros diagnosticados sifilíticos, o sospechosos de ser sifilíticos, entre ellos (Obs. XX), y 24 casos diagnósticados o sospechosos de chancros simples.

En las observaciones XI y XXXVIII el resultado ha sido negativo. En la Obs. XXXVII, de sífilis terciaria hereditaria ósteoartritis, también negativa, a pesar de lo cual le hemos hecho el tratamiento y mejora.

En la sífilis secundaria (Obs. II), el resultado en ambos sueros es idéntico, H^0, pero mientras en el suero del chancro se conserva positiva en dilución al centésimo, en el suero sanguíneo desaparece al 1 $\times$ 40.

Aproximado a este resultado es el de las observaciones V y XII, chancros del labio y del prepucio, datando de veinte días y un mes respectivamente, y ya en período de generali-

zación, que dan H^3 y H^2; o sea menos intensa que en el suero local.

La reacción de Wassermann más positiva en el suero de la lesión permite establecer que es allí donde la lucha es más intensa, y evitar el error de tomar un chancro simple por un chancro sifilítico, como en la observación I, que es muy instructiva a este respecto. En efecto: era un enfermo que llevaba una reacción Wassermann positiva total, por los menos desde un año antes, sin más síntomas que algias, y a quien la repetición del Wassermann en otro laboratorio, cuyos resultados le inspiraban más confianza al médico tratante, hizo que pasara un año más sin terapéutica apropiada.

En los casos de chancros simples o cuyo aspecto inclinaban a ese diagnóstico (24), su resultado se distribuye así: Obs. I, ya analizada, treponema negativo; en tres hay treponemas, Obs. XXXII, Obs. XXXVI, Obs. XXVIII, y la reacción en el suero del chancro era positiva en cuatro observaciones: XVI, XII, XXVIII H^2, XXXVI H^2, y negativa en el suero sanguíneo, menos en la Obs. XII, que da H^2.

El enfermo de la Obs. XVI, que no viene a la consulta, nos da entonces H^0 en el suero sanguíneo, y roseola, corroborando así el Wassermann del chancro.

Si se estudian esas observaciones, se ve que en la Obs. XXXII, chancros de pocas horas, en que hay treponema, la reacción es negativa, H^8, en las Obs. XXVIII y XXXVI, chancros de unos 8 días, era ya H^2, para ser positiva total en los otros de más tiempo. Prunell expone en su trabajo las alteraciones locales de los chancros iniciales; comprobaciones muy importantes, como se ha leído.

En los chancros diagnosticados sifilíticos o sospechosos de tal, los resultados son los siguientes: Una Obs., XX, no da treponema, ni Wassermann local; era un bacilo alargado, animado de movimiento de reptación; una Obs., VI, era de un sifilítico en tratamiento que, sin embargo, localmente da H^0, en el suero sanguíneo H^8, y, en 2, XIV y XXIX, da treponema negativo y Wassermann H^0, y en los restantes da treponema positivo y Wassermann H^0, menos en dos observaciones, XXXIX y XL, chancros de 16 días del glande, de 8 días del surco, y en uno de los chancros de la Obs. XXXIV, que da H^2 y H^5.

Hemos seguido, dentro de lo posible, pues los enfermos no siempre concurren a la consulta cuando se le indica, y uno de ellos, Obs. III, nos da al mes un Wassermann H^0,— ¿a qué

atribuir el resultado primero, completamente negativo? Probablemente a dos causas: el cáustico usado, nitrato de plata, y mezcla del suero sanguíneo general al suero local, según otras comprobaciones hechas por Prunell.

En los casos que han empezado su tratamiento, tenemos que una de las Obs., VI, da positivo después de 4 inyecciones, en tanto que las otras, V, XIII y XIV, se hacen negativas después de 4, 6 y 4 inyecciones de neosalvarsán, demostrando la rápida acción del neo sobre el treponema. Quizás la aplicación de este método local permita buscar *in situ* la persistencia del treponema, y establecer cómo marcha la lucha de defensa del organismo, pero este estudio recién lo empezamos a realizar.

En total, sobre 24 chancros de aspecto clínico simple, se encuentran 1 con treponema y reacción Wassermann negativa, 4 con treponema y reacción Wassermann positiva y uno sin treponema con reacción Wassermann positiva, pero que ya tenía ese mismo resultado de un año atrás.

En los chancros sifilíticos o sospechosos de sífilis (16), tenemos que: en uno no se trataba de treponema, en tres no había treponema, pero la reacción Wassermann era positiva, y, en los demás, era positiva, habiendo treponema.

Quiere decir, pues, que el procedimiento del Wassermann local en el accidente inicial es un nuevo auxiliar que cuenta el clínico para el diagnóstico precoz de la sífilis: en nuestra corta estadística permitió establecer que era chancro sifilítico en dos casos sobre 24, con una excepción, Obs. III, y en chancros diagnosticados sifilíticos, en 2 casos sobre 16, en los que no había treponema, o sea en un nueve y un trece por ciento respectivamente.

CONCLUSIONES

1.° La reacción de Wassermann, aplicada al accidente inicial, es un excelente medio de diagnóstico precoz de la sífilis.

2.° La reacción Wassermann en el accidente inicial es más intensa que en el suero sanguíneo.

3.° Permite diagnosticar sífilis en un nueve por ciento de chancros clínicamente simples.

4.° Confirma el diagnóstico de chancro sifilítico en casos en que no se comprueba treponema.

Nota aclaratoria

Ya en plena experimentación, a principios de septiembre, o sea un mes después del primer caso, llega a nuestras manos el número de agosto de este año de "The Journal of the American Medical Assocition", que trae en sus páginas un trabajo de Klauder y Kolmer, sobre la reacción de Wassermann en las secreciones, trasudados y exudados sifilíticos, donde se lee lo siguiente: "**La reacción de Was-**
" **sermann local.** A fin de estudiar el problema de la formación lo-
" cal de anticuerpos, fijadores del complemento, verificamos la prue-
" ba en el fluído de la superficie de un número de chancros del ex-
" tracto salino de los nódulos sifilíticos extirpados de los testículos
" de conejos sifilizados. La reacción Wassermann verificada en los
" líquidos del chancro, rindió casi uniformemente una reacción de
" + + + . En algunos casos, se obtuvieron resultados positivos
" antes de que la reacción pareciera positiva en la sangre, lo que
" aparentemente excluye la posibilidad de que la reacción del lí-
" quído del chancro se deba a la sangre mezclada. En otro informe,
" comunicaremos más tarde los resultados completos de este estudio
" y se hará resaltar su valor práctico, como auxiliar en el diagnós-
" tico precoz de la sífilis".

Y en las conclusiones se lee: "Todas las pruebas con líquidos de
" chancros rindieron casi uniformemente reacciones + + + +. Se-
" ñalamos el valor práctico de la reacción de Wassermann "local"
" como posible auxiliar para diferenciar las lesiones sifilíticas de las
" no sifilíticas, en particular cuando se aplica al líquido del chan-
" cro para el diagnóstico precoz de la sífilis".

Como se ve, se trata de una bien curiosa coincidencia de investigadores: puesto que antes de que llegara a nuestro poder el número de la referencia, ya estaba experimentando clínicamente dicha idea. El primer enfermo fué de fecha 4 de agosto, lo que contribuye a afirmar más aún la coincidencia. Por otra parte, el trabajo de Prunell trae muy interesantes observaciones sobre las alteraciones locales, que están lejos de las breves y sintéticas palabras de los autores que se leen más arriba, pero que creíamos un deber transcribir.

Otra. — En el momento en que corrijo esta impresión debo agregar dos nuevos casos en que el Wasssrmann fué negativo y, no se halló treponema y luego aparecieron manifestaciones sifilíticas.

El valor de la reacción de Wassermann en relación con la clínica

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)

Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica

Jefe adjunto del Dispensario núm. 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Los cuadros que van dentro de estos capítulos, comprenden 4,900 análisis sobre un total de 7,000 reacciones, que desde el año 1918 hasta el 31 de agosto de 1921, se han hecho en el Dispensario N.° 1; las restantes corresponden a enfermos sifilíticos en tratamiento.

Nuestro propósito es contribuir con este análisis a demostrar una vez más el valor innegable que esta reacción tiene dentro de la patología. Sabemos que, partiendo en su búsqueda del principio que informó la reacción de Bordet Gengou, el Wassermann ha sufrido transformaciones que tienden a hacer de ella una reacción biológica, puesto que se ha hecho con antígenos no específicos, pero lo innegable es que si se analiza sistemáticamente la sangre de un sujeto que empieza su sífilis, esa reacción es primero negativa, luego positiva y, en algunos enfermos, nos ha sido dado tener un resultado intermedio entre H^8 y H^0 de la escala de Vernes, en plazo de muy breves días. De modo que, permaneciendo aún ignorada la substancia que determina la positividad del Wassermann, es innegable que este signo es de una extraordinaria importancia, y que aparece cuando el organismo está sifilizado. No es el único punto de biología en que todavía el empirismo domina: nosotros aplicamos la vacuna como preventivo de la viruela, y, sin embargo, desconocemos por qué mecanismo y por qué substancia ésta provoca la inmunidad contra aquélla.

Cuadro de reacciones de Wassermann

		Año 1918	Año 1919	Año 1920	Año 1921
Sin antecedentes		H 111 (N 93, P 8)	H 152 (P 19, N 133)	H 185 (P 14, N 171)	H 100 (P 4, N 6)
		M 44 (P 8, N 36)	M 93 (P 19, N 75)	M 105 (P 17, N 88)	M 81 (P 19, N 26)
Chancros tratamiento local	De menos de 1 mes	99 (P 16, N 83)	260 (P 58, N 202)	230 (P 32, N 198)	153 (P 17, N 136)
	De 1 a 2 meses	133 (P 28, N 105)	160 (P 43, N 117)	144 (P 29, N 115)	96 (P 16, N 80)
	De 2 a 6 meses	28 (P 8, N 20)	38 (P 13, N 25)	48 (P 14, N 34)	27 (P 4, N 23)
	De más de 6 meses	68 (P 20, N 48)	115 (P 35, N 80)	157 (P 36, N 121)	95 (P 10, N 85)
Chancros diagnósticos mixtos		6 (P 1, N 5)	1 (P —, N 1)		
Balanopostitis con fimosis			5 (P 1, N 4)	6 (P 1, N 5)	
Ch. Σ		27 (P 24, N 3)	31 (P 25, N 6)	47 (P H0 22, H7 5, H8 20)	37 (P 17, N 20)
Σ II		114 (P 111, N 3)	101 (P 99, N 2)	138 (P 137, N 1)	84 (P 81, N 3)
Σ III	Cicatrizados	3 (P —, N 3)		4 (P 1, N 3)	2 (P —, N 2)
	En actividad	27 (P 27, N —)	22 (P 21, N 1 ectima)	30 (P 27, N 3)	20 (P 20, N —)
Σ local nerviosa		6 (P 1, N 5)	4 (P H0 1, N 3)	4 (P 1, N 3)	4 (P —, N 4)

	Año 1918		Año 1919		Año 1920		Año 1921	
Lesiones cardiovasculares	8	P 5 N 3	12	P 3 N 9	12	P 3 N 9	10	P 4 N 6
Mal de Raynaud							2	P 1 N 1
Iritis			4	P 2 N 2	4	P 1 N 3		
Onixis			3	P 1 N 2	2	P — N 2	1	P — N 1
Vitiligo	1	P — N 1	4	P 1 N 3	1	P 1 N —	3	P — N 3
Leucoplasia	4	P 1 N 3	1	P — N 1	3	P — N 3	1	P — N 1
Algias Enferm. sin antecedentes	H 17	P 2 N 15	H 30	P 1 N 29	H 24	P 4 N 20	H 31	P 3 N 28
	M 11	P 1 N 10	M 36	P 12 N 14	M 85	P 25 N 60	M 24	P 8 N 16
Abortos o partos prematuros	3	P 2 N 1	27	P 9 N 18	31	P 8 N 23	35	P 7 N 28
Adenopatía epitrocleana	H 8	P 1 N 7	H 40	P 3 N 37	H 17	P — N 17	H 80	P 3 N 77
	M 5	P 1 N 4	M 5	P 1 N 4	M 4	P 1 N 3	M 6	P 2 N 4
Blenorragia			12	P — N 12	76	P 6 N 70	111	P 7 N 104
Estomatitis, aftas	4	P — N 4	7	P — N 7	10	P — N 10	5	P — N 5
Ulceras varicosas			13	P H0 3 H6 2 H8 8	15	P 4 N 11	6	P 2 N 4
Psoriasis	5	P — N 5	3	P — N 3	8	P 1 N 7	8	P — N 1

	Año 1918	Año 1919	Año 1920	Año 1921
Lupus (	3 (P — / N 3	5 (P — / N 5	4 (P — / N 4	
Tuberculide pápulonecrótica (			1 (P 1 / N —	
Lepra (	1 (P — / N 1		3 (P — / N 3	1 (P — / N 1
Recklignhausen (		1 (P — / N 1	2 (P 1 / N 1	
Pemphigus Brocq (		1 (P — / N 1		1 (P — / N 1
Enf. Duhring (				1 (O — / N 1
Eritema polimorfo e indurado (				3 (P — / N 3
Liquen (			1 (P — / N 1	
Pelada (	4 (P — / N 4	3 (P — / N 3	7 (P — / N 7	
Eczemas y prurito (	4 (P — / N 4	14 (P 1 / N 3	21 (P 1 / N 20	13 (P — / N 13
Piodermitis (		1 (P — / N 1	8 (P — / N 8	5 (P 1 / N 4
Anué (			17 (P 2 / N 15	3 (P — / N 3
Pitiriasis rosado (			1 (P — / N 1	
Ictiosis (			1 (P — / N 1	
ijos de padres Σ (			17 (P 3 / N 14	17 (P 1 / N 16

Empezaremos el análisis por los chancros diagnosticados sifilíticos: En 1918, sobre 47 chancros, 24 dieron H^0, y en 3 H^8, que se transformó en H^0 en plazo de 10 días a 1 mes. En 1919, sobre 31 chancros, dieron 25 positivos y 6 negativos, y de éstos 3 se hicieron positivos (Gont. José, chancro de 20

días, 14 X H^8, 28 X H^2, 4 XI H^0; De C. Paulino, de 15 días, 21 XI H^8, 12 XII H^4, 23 XII H^0; Lem. Alberto, chancro de 1 mes, 3 X H^6, 4 XI H^0) ; los otros fueron tratados activamente; en 1920, sobre 47 chancros diagnosticados clínica o microscópicamente sifilíticos, 22, de más de 20 días de evolución, dieron H^0, en 20, de menos de 20 días, dió H^8, y en 5 dió H^7, y, en 1921, sobre 37 chancros sifilíticos, 17 veces dió positivo, en casos de más de 20 días de evolución, y en 20 dió negativo. En capítulo aparte, publico con el doctor Claveaux, un trabajo sobre la evolución ulterior del Wassermann en una serie de casos.

Como se ve, nuestros resultados son concordantes con la opinión de la mayoría de los autores; el Wassermann en el suero sanguíneo se hace positivo después de un plazo variable, pero siempre mayor de veinte días o alrededor de él.

Veamos en los casos diagnosticados de *sífilis secundarias.* Sobre un total de 438 casos, hemos tenido 429 reacciones positivas y 9 negativas. Estos nueve enfermos de Wassermann discordante con la clínica, fueron debidamente seguidos. En 1918, Indalecio Mart. tiene una sífilis secundaria, roseola confluente, placas mucosas, adenopatía epitrocleana, etc., y repetido el Wassermann dió H^0; en cambio, la mujer María Delf., que presentaba unas lesiones bucales, era una neoplásica ignorada, que tenía lesiones de estomatitis, y el tercero, Modesto Vid., se presentó en la clínica con unas lesiones de la mucosa labial, con ganglios epitrocleanos, inyectándosele 0 gr. 30 de neo el mismo día que se le extrae sangre y que fué observado después cuidadosamente sin que apareciera lesión específica alguna, y siendo el Wassermann siempre negativo.

En 1919 hay dos discordancias. An. y Cod., ambos con antecedentes de chancros curados con tratamiento local. El primero era una placa de angina de Vincent, empezando en el paladar blando; el segundo lesiones de estomatitis, con las que volvió a aparecer en la clínica.

En 1920 hay una discordancia: una mujer con lesiones bucales que, cuidadosamente observada, resultó ser una estomatitis, y, en 1921, otras tres, que también dió por resultado encontrarnos frente a sujetos con antecedentes, pero en los cuales la evolución posterior descartó el diagnóstico de sífilis secundaria.

Quiere decir, pues, que salvo los errores, siempre posi-

bles, podemos afirmar que el 100 por 100 de las sífilis secundarias dan Wassarmann H^0 positivo total.

Analicemos el Wassermann en los casos diagnosticados como *sífilis terciarias.* Debemos hacer dos grupos: sífilis cicatrizadas y sífilis en actividad. De los primeros, en 9 casos, dió 8 negativos; de los segundos, 89, dió 85 veces H^0, 1 vez H^6, que dió después H^0, y 4 veces dió negativa. Uno de estos casos es el de Nazario Reb., enfermo tratado por el extinto doctor Canabal con 606 y que vuelve a la clínica con lesiones rupiodes de las piernas, que cedieron al tratamiento local. Los otros 3 casos, en los enfermos Margarita Ris., con ulceraciones extendidas a la pierna, Raúl Sov., con una goma extendida en el hemi-tórax derecho, que cedió al tratamiento, y Fer. José, con una osteítis disecante del hemicráneo izquierdo, falleciendo, comprobándose a la autopsia hecha por el doctor Moreau, una goma en el lóbulo frontal, perforación del cráneo.

De modo que en los casos de sífilis terciaria cicatrizadas nos dió 9 veces negativa sobre 9 casos, y en las sífilis en actividad nos dió 85 veces positivo sobre 89, o sea un 95 por ciento.

En las sífilis localizadas en el *sistema nervioso* (tabes, hemiplegias), nos dió, sobre 18 casos, 3 positivos y 15 negativos, concordante en esto con el resultado de otros autores.

Sobre uno de estos resultados voy a llamar la atención en los momentos en que se discute si existe virus dermotropo y neurotropo; un caso de tabes dió positivo, pero tenía una sifílide ulcerosa en actividad.

En los enfermos que vienen en *lesiones cardíovasculares,* tenemos, sobre 42 casos, 15 positivos y 27 negativos. Entre estos resultados hay dos con aneurismas y con antecedentes clínicos de especificidad.

En los enfermos con *leucoplasia bucal,* sobre 9 casos, uno solo dió positivo. En los enfermos con lesiones oculares, iritis, queratitis, nos ha dado 3 positivos, sobre 8, y uno de los negativos después se hizo positivo. En onixis, uno positivo, sobre 4 casos.

Concurren en número extraordinario enfermos con chancros en evolución o ya curados, para el análisis de los cuales hemos dividido arbitrariamente en grupos; son enfermos que no presentan signos de sífilis.

Hemos visto 732 enfermos con chancros dentro del primer mes de evolución, y sobre éstos, 125 tenían ya su reacción Wassermann positiva; 533 enfermos con chancros de más de un mes y menos de dos de evolución, de los cuales 116 tenían su Wassermann positivo; 141 enfermos que tenían su chancro o ya estaba curado, entre 3 y 6 meses de su comienzo, con 39 resultados positivos, y, por último, en un cuarto grupo, enfermos que han tenido chancros en plazo que va desde 6 meses y que en algunos remontan hasta 20 y 30 años, sobre 435 enfermos, 101 tenían su Wassermann positivo.

Hemos repetido en muchos de estos casos los análisis, especialmente en los que, datando de años atrás, no tenían lesiones visibles de sífilis, y su resultado ha sido concordante.

En 1918 se repitieron unas 40 reacciones de esos chancros; en 9 que se diagnosticaron clínicamente sifilíticos y la reacción se hizo positiva en tiempo variable de 8 días a un mes, y en 7 chancros con adenopatía epitrocleana, en uno se hizo positiva al mes, y en 2 dió positiva.

En 1919, sobre 108 repeticiones de Wassermann de estos chancros, 5 Wassermann se hicieron positivos.

En 1920, sobre 74 casos observados, el Wassermann se hizo 6 veces positivo, y, en 1921, sobre 78, el Wassermann se hizo positivo 3 veces.

Sobre un total de 7 chancros diagnosticados mixtos clínicamente, uno solo dió positivo, por lo que no hemos vuelto a poner en nuestra libreta de diagnóstico el título de chancro mixto. Muy a menudo, en efecto, los chancros simples se induran ligeramente, otras veces, a consecuencia de terapéutica que el enfermo se aplica a ignorancia del médico, y no pudiendo hacer en todos los casos comprobaciones bacteriológicas, no enviamos casi más ese diagnóstico, no porque no lo veamos en clínica.

Además, sobre 11 casos de balano-postitis con fimosis, hemos tenido dos positivos por chancros del surco.

Tomando la totalidad de los enfermos que concurren con lesiones dentro de los primeros seis meses de evolución, tenemos que, sobre un total de 1,424 enfermos, 152 eran sifilíticos, 9 corresponden al año 1918, y, sobre 14 más de los restantes, se hizo positiva, y 312 presentan un Wassermann H^0; en total, 464, o sean un treinta por ciento de la estadística global, eran chancros sifilíticos.

Este cuadro estadístico habla con la elocuencia de los nú-

meros, de que no es posible aceptar lo que proponen algunos médicos, que todo chancro que se inicia debe ser objeto de tratamiento arsenical inmediato.

Stokes, en su obra de divulgación científica, aconseja para los médicos carentes de elementos de laboratorio, en la campaña, recurrir a la terapéutica inmediata.

Nosotros estamos de acuerdo con ese criterio, para la campaña, pero no es posible aceptarlo dentro de centros dotados de laboratorios adecuados, puesto que sólo un veinte por ciento, en los que no siendo clínicamente diagnosticables como sifilíticos, ven hacer su reacción de Wassermann positiva.

Y, luego, comenzado el tratamiento, ¿cuándo debe detenerse si se sostiene, como algunos autores, que el tratamiento no impide que la reacción se haga positiva, en contra de lo que hemos observado? (véase capítulo en colaboración con el doctor Claveaux). ¿Cómo es posible que frente a esta clara y demostrativa estadística, se tenga el derecho de sembrar en un 70 por ciento de los enfermos que tengan la desgracia de conseguirse una úlcera genital, la duda de ser sifilíticos, secuela tan grave o peor que la misma enfermedad?

Lo repetimos aquí: no hay que perder el tiempo con tratamientos locales; hay que recurrir a todos los recursos de que se dispone para el diagnóstico exacto de sífilis en su comienzo.

Y ahora vamos a analizar el cuadro de enfermos que concurren a nuestras policlínicas con afecciones de diversas clases, y a los que, llevando a la práctica, dentro de lo posible, nuestras ideas de hacer sistemáticamente el Wassermann a todo enfermo que concurre, lo sometemos a ese análisis.

Son enfermos que no registran antecedentes de sífilis, muchos de ellos de ninguna afección venérea, otros con blenorragia en sus antecedentes, que se quejan de dolores difusos o de cefaleas, etc.

Veamos el análisis del cuadro.

Sobre 548 hombres sin antecedentes venéreos, hay 35 resultados positivos; sobre 323 mujeres, hay 62 positivos, o sea un porcentaje de 7 3|4 y de 19 1|5 respectivamente, cantidad no despreciable de enfermos portadores de un Wassermann positivo.

Un capítulo aparte hemos hecho para los enfermos que, sin registrar antecedentes sifilíticos, vienen a la clínica, y comprobamos en ellos adenopatía epitrocleana. Muy común-

mente se nos enseña en la clínica que unos ganglios epitrocleanos deben hacer pensar en la sífilis. La observación de los enfermos claramente sifilíticos que se asisten en el dispensario, me ha permitido comprobar que en los hombres puede decirse que existe siempre: sólo uno, el enfermo Cont. Alfonso, no tiene epitrocleanos, a pesar de que presentaba ya roseola cuando lo vimos, pero, por otra parte, muchos enfermos tienen epitrocleanos sin ser sifilíticos.

Veamos el cuadro. Su análisis nos da: sobre 145 hombres, 7 resultados positivos, y, sobre 20 mujeres, 5 positivos. Quiere decir, pues, que hay muchas personas, entre los jornaleros sobre todo, que pueden presentar los ganglios epitrocleanos. De los enfermos con Wassermann negativo y epitrocleanos, uno de ellos, Mario Alv., acaba de tener, agosto de este año, un chancro sifilítico, con treponema positivo, y dos mujeres, las dos de vida galante, adquirieron sífilis; una de ellas con accidente inicial bucal, el año 1920, y otra a puerta de entrada desconocida, que vi a principio de este año en plena manifestación secundaria.

En los hombres que no registran más antecedentes que *blenorragia,* tenemos que, sobre 199, hay 13 resultados positivos, lo que demuestra que un 6 por ciento de enfermos en los que se diagnostica blenorragia y que muchas veces se asisten sólo bajo las indicaciones de amigos o de boticarios, son portadores de sífilis ignorada.

Hay un grupo de enfermos que concurren a la policlínica porque han oído decir que la sífilis da dolores de cabeza y sufren de CEFALALGIAS O DE ALGIA DIFUSAS. El análisis de sangre da, sobre 102 hombres, 10 positivos, o sea casi el 10 o|o; en cambio, en las mujeres da, sobre 156, 46 resultados positivos, porcentaje abrumador, de casi un 40 o|o, de mujeres que se quejan de dolores difusos, muchas veces atribuídos a estados reumatoides, y que se esfuman a la menor terapéutica antisifilítica, ya sea el clásico yoduro de potasio solo o asociado al mercurio, ya sea a los arsenicales.

Hay otro antecedente bien conocido y sobre el que insisten todos los libros de patología, pero que no por sabido debe dejar de recalcarse su importancia: Me refiero a los ABORTOS O PARTOS PREMATUROS. Sobre 96 mujeres, con ese antecedente, 36 dieron resultado positivo total, o sea en un 25 por ciento de los abortos, interviene en forma evidente y clara la sífilis.

Muy pocos son los casos de *lepra* que desfilan por la clínica: en 5 casos, negativo en todos, y, últimamente he visto 3 más, con resultado negativo 2, y positivo 1, en mi clientela. En este caso hay antecedentes sospechosos de sífilis, abortos.

En el *vitiligo,* sobre 9 casos, 2 positivos.

En el *lupus,* sobre 12 casos, ninguno positivo.

En el *psoriasis,* sobre 24 casos, 1 positivo, en un enfermo *Tab.* con antecedentes sospechosos de sífilis, remontando a más de veinte años.

En el *eczema,* sobre 49 casos, dos resultados positivos, los dos hombres, con chancro tratados localmente (Ramón Fern. y Nicasio Aramb.).

En las afecciones bucales, estomatitis, angina de Vincent, aftas, nos ha dado siempre negativo (26 casos).

En la *pelada* nos ha dado también negativo (14 casos).

En un caso de tuberculide pápulo-necrótica, nos dió H^0, rebelde al tratamiento; después de 20 inyecciones de neosalvarsán, nos dió todavía H^0.

En las *úlceras varicosas* hemos encontrado que, sobre 34 casos, hay negativos 23, 2 positivos intermedios, H^6, H^7, y 9 positivos totales. Estudio actualmente en las enfermas, en una de las cuales dió H^8 y en otra H^7, la extraordinaria acción que en su cura ejerce el Jarabe de Gibert. Ambas enfermas, Barn. y Lob., registran en sus antecedentes abortos, y otra de ellas, a quien ya me he referido en las sífilis terciarias, Margarita Ris., tiene una miosis del OI, midriasis OD, pupila irregular, con punción lumbar negativa.

Hemos hecho el análisis en otras afecciones, enfermedad de Duhring (1 caso, negativo), eritema indurado de Bazin y polimorfo (3 casos, negativos), penphigus de Brocq (1 negativo), Recklinghausen (3 casos, 1 positivo, mujer), liquen (1 negativo), pitiriasis rosado de Gibert (1 caso negativo), ictiosis (1 negativo), acné, 30 casos (2 positivos, uno en una mujer con antecedentes sospechosos), en piodermitis, 14 casos (1 positivo, hombre, con antecedentes dudosos), y, por

último, en un grupo de 34 hijos de padres sifilíticos, hemos encontrado 4 positivos.

Ahora bien: ¿cuál es, después de este prolongado análisis de nuestra observación del Wassermann, el valor que debemos atribuirle a la clínica?

Desde luego tenemos que en las enfermedades que, fuera de la sífilis, la hemos hecho, no existe sino excepcionalmente: un caso de lepra, 2 de vitiligo, 1 de lupus, 1 psoriasis, 2 de eczemas, 1 en tuberculide papulo-necrótica, 1 en Recklinghausen, 2 de acné, 1 de piodermitis, que debidamente analizados quitan en gran parte su valor, pues casi todos ellos registran antecedentes sospechosos de haber tenido sífilis, pero que, aún fuera de estas condiciones, son en muy pequeña proporción para que disminuya el valor de esta reacción.

Ahora bien: es en la evolución de la sífilis donde surge bien clara la importancia de esta reacción.

El estudio de los Wassermann en el estado inicial de la sífilis, demuestra que es alrededor de los 20 días que el Wassermann se hace positivo, pues aunque en nuestros libros de análisis hay algunos que da sólo 10 o 12 días, no debe olvidarse que los enfermos son generalmente poco cuidadosos de su persona y muchos de estos datos son equivocados. Cuanto más cerca estamos del período secundario, mayor es el porcentaje de positivos; en los primeros quince días, puede decirse que es siempre negativo, tan raras son las excepciones, de ahí que nosotros consideramos que, frente a toda ulceración con diagnóstico bacteriológico de treponema, no debemos perder tiempo en espera de un Wassermann positivo y, en algunos casos en que clínicamente no admitía dudas (Obs. enfermo 1478 del capítulo con el doctor Claveaux), hemos empezado el tratamiento, a pesar de las investigaciones negativas y de los Wassermann negativos, apareciendo, por abandono del enfermo, los síntomas secundarios más tardíamente.

En el período secundario, en cambio, podemos afirmar que el ciento por ciento de los casos da reacción Wassermann positiva. En la primer memoria del año 1918, hacíamos resaltar que desde algún tiempo resultados irregulares del Wassermann nos habían hecho abandonarlo, por la imposibilidad de tener confianza, pero la observación durante todo ese año nos llevó al convencimiento de que tenemos en esa reacción un elemento inapreciable.

En los casos de sifilíticos con lesiones terciarias, tenemos

dos grupos desiguales: con lesiones cicatrizadas, y con lesiones en actividad. En las primeras nos da casi siempre negativas. En las segundas nos da un porcentaje muy grande de positivos, con relación a otras estadísticas, y, del análisis de esos casos, podemos decir que en los casos de sifílides ulcerosas o tubérculo-ulcerosas, nos ha dado casi el 99 o|o de positivas. Estamos, como decíamos más arriba, en el estudio de la evolución de las úlceras varicosas bajo el tratamiento del Jarabe de Gibert, que quizás nos haga modificar un poco nuestra estadística en el futuro.

En las sífilis nerviosas, el porcentaje de positivos es muy pequeño, concordante con casi todas las estadísticas; ótro tanto en las manifestaciones oculares, en que a menudo es negativa, sobre 8, 3 positivas, y en estos últimos días he tenido oportunidad de ver dos casos, uno de iritis y otro de papilitis hemorrágica, que en ambos dió negativa. En las localizaciones cardio-vasculares es a menudo negativa dicha reacción, no exceptuándose a dicha regla ni aún los aneurismas: tenemos dos casos, uno de aneurisma de la arteria axilar extirpado, otro (Obs. 1361), aneurisma de la aorta, en el cayado, con reacción Wassermann negativa.

En la leucoplasia, en la onixis, nos ha dado un porcentaje muy pequeño de positivos.

Tal es, pues, la curva que describe el Wassermann en relación con la sífilis ascendente en su iniciación; alcanza el máximum, 100 por 100, en la sífilis secundaria, casi la misma proporción en la terciaria en actividad, para decaer rápidamente en las sífilis localizadas.

Esta estadística demuestra que hay casos de sífilis en evolución que no se traduce serológicamente, esto es, cuyo Wassermann es negativo, de acuerdo con lo señalado por otros observadores. Lewis y Newcomer, entre otros, dicen que la reacción Wassermann, sea cual fuere el método empleado, puede ser usada para el diagnóstico de la sífilis, unida a la presencia de signos clínicos, pero falla en un gran porcentaje de sífilis.

Es necesario insistir frente a este hecho. Se ha abierto un amplio camino la idea de que un Wassermann negativo frente a una lesión en evolución permite descartar la sífilis, idea que se ha generalizado, no sólo entre nosotros, sino mismo en otros países, lo que conduce a errores terapéuticos.

Frente a la reacción de Wassermann se observa una dualidad de criterio inexplicable: el concepto general de las reacciones biológicas es de que afirman cuando son positivas, y

de que, en cambio, no bastan para eliminar una posible etiología cuando son negativas. Con la reacción Wassermann, en cambio, muchos médicos dudan cuando es positiva y creen cuando es negativa.

El hecho que no sea una reacción completamente específica, puesto que se han usado antígenos no sifilíticos, no basta, ni autoriza a desechar un Wassermann positivo en un enfermo sin antecedentes. Lo que corresponde es contralorearlo, repetirlo, cerciorarse por todos los medios de que ese resultado es siempre el mismo, y luego, estimársele como un signo más a tener en cuenta en el balance de la sintomatología del enfermo, y cuyo resultado positivo o negativo sólo podrá ser apreciado en su verdadero valor por el clínico, quien deberá, en nuestro concepto, no titubear en someter a su enfermo a un tratamiento de prueba, que muchas veces pone de relieve, al desaparecer, una cantidad de matices no denunciados ni sospechados por el enfermo, que sólo se percata de ellos cuando nota la transformación favorable de su estado general.

¿Qué valor debe atribuirse a un Wassermann positivo en un enfermo sin antecedentes, o con manifestaciones como algias, abortos, y que, según nuestra estadística, alcanza a 7.75 y 19.20 para los sin antecedentes, 10 o|o y 40 o|o para las algias, 25 o|o para los abortos y que, tomado en relación a la estadística global, son sólo un cinco por ciento?

Si se observan las estadísticas, la anterior al establecimiento del Dispensario, se ve que hay, especialmente en las mujeres, un porcentaje muy elevado, 90 por ciento, que desconocieron la puerta de entrada de la sífilis que las llevaba a consultar, y si se recuerda la clásica descripción del maestro Fournier de la sífilis ignorada, en que apenas unos signos fugaces, que no ha visto el enfermo, se hacen presentes, se explicará que demos a ese Wassermann todo el valor de un signo clínico.

Sabemos bien que accidentalmente han podido encontrarse positiva pero pasajeramente en casos de anestesia cloroformica, por ingestión de lecitina, en la evolución de la escarlatina, y en algunos casos parece también por inyecciones de suero antidiftérico, pero esos casos, sobre ser raros los que se plantean en la clínica, son de evolución pasajera.

Por lo que nos enseña nuestra experiencia, nosotros creemos, con Clement Simón, que la reacción de Wassermann constituye "un signo excelente de la infección sifilítica, no " constante, pero cuya presencia o cuya ausencia debe ser

" discutido, como debe ser discutido todo signo clínico".
" Las bases de esta discusión están formadas por los porcen-
" tajes de positividad en los diversos períodos de la sífilis.
" Si no se pierde de vista, las simples reglas de una buena
" lógica permitirán siempre acordar a los resultados sero-
" lógicos el valor que tienen en un caso dado".

CONCLUSIONES

1.° La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo. en los casos de chancros sifilíticos, aparece en plazo de veinte días a uno y medio y dos meses.

2.° En las sífilis secundarias da positiva el cien por ciento.

3.° En las sífilis terciarias en actividad el porcentaje es de un 95 o|o, según nuestra estadística.

4.° En las sífilis a localización nerviosa, cardio-vascular, ocular, disminuye a un 20, a un 40 por ciento de positivos.

5.° Los ganglios epitrocleanos no traducen, en personas sin antecedentes, sífilis ignorada: nuestra estadística da 4.80 por ciento resultados positivos en los hombres y 25 por ciento en las mujeres.

6.° La observación de nuestra estadística da un treinta por ciento de chancros sifilíticos (no incluímos más que los chancros hasta de seis meses).

7.° No se está autorizado a iniciar el tratamiento antisifilítico sin haber hecho bien el diagnóstico de chancro sifilítico.

8.° Hay un porcentaje — 7.70 para los hombres y 19.20 para las mujeres sin antecedentes, según nuestra estadística,— que dan un Wassermann positivo.

9.° Frente a un resultado positivo en personas sin antecedentes, el clínico deberá contralorcarlo, y concordante el resultado deberá tenerlo en cuenta como signo de laboratorio muy importante.

10. Existe un porcentaje muy grande — 10 o|o hombres, 40 o|o mujeres, según nuestra estadística — que no acusan otra molestia que algias difusas o localizaciones y cuyo Wassermann es positivo, algias que desaparecen con el tratamiento.

11. Un 6 por ciento de las blenorragias han contribuído a desconocer el comienzo de una sífilis.

12. En otras afecciones, fuera de la sífilis, el porcentaje global en nuestra estadística de resultados positivos queda

reducido a 5 1/2, casi todos en enfermos con antecedentes, de modo que, prácticamente, debe dársele gran valor diagnóstico al Wassermann.

13. La reacción de Wassermann es un signo de laboratorio, a cuyo resultado positivo o negativo sólo puede darle valor el clínico, que aprecia los demás síntomas del cuadro clínico cuya etiología busca aclarar.

Discusión general de los trabajos anteriores

Héctor Del Campo (Montevideo). — Respecto a lo pedido por el doctor González, sobre estudio comparativo de los antígenos hechos con hígado heredo-sifilítico y los preparados con órganos que no tengan nada de tal, manifiesta lo visto en el Instituto Profiláctico de París, donde el doctor Vernes, después de estudios y controles hechos minuciosamente, vió la superioridad de los segundos, dejando de lado los primeros.

—En lo que se refiere a la normalización del Wassermann, la cree conveniente, pero no ahora, sino cuando se haya conseguido un procedimiento considerado muy bueno; entretanto, vale más dejar a los investigadores en plena libertad de acción, para arribar a algo decisivo.

Bartolomé Vignale (Montevideo). — Relata un caso en el que comprueba el trabajo del señor Prunell. Cita el caso de un enfermo con reacción de Wassermann positiva en el chancro, y, después de varias inyecciones de 914, apareció una sifílide papulosa, lo que comprueba clínicamente el trabajo de Prunell.

Angel M. Giménez (Buenos Aires). — Apoya la **standardización** de la Reacción de Wassermann, pues en el medio en que él actúa, esa reacción ha caído en desprestigio, por el mercantilismo de que es a veces objeto, y pide, por lo tanto, la garantía del Estado para su contralor.

Máximo Halty (Montevideo). — Se opone a la **standardización** de la Reacción de Wassermann, porque, tratándose de un procedimiento no definitivo, esta **standardización** se opondría indirectamente a su perfeccionamiento y, por lo tanto, a la mayor exactitud de la reacción.

A. Scaltritti (Montevideo). — Personalmente nada puedo decir sobre el hallazgo de anticuerpos locales en el chancro sifilítico despistados antes que ellos se encuentren en el suero sanguíneo y linfa.

Este punto está actualmente muy discutido, pues, en muchos casos en que se tomaban como verdaderos centros de producción de anticuerpos locales, como, por ejemplo, las meníngeas, resultaron casos de permeabilidad meníngea, como lo prueban las experiencias de Dujardíns.

Me parece muy difícil que al hacer escarificaciones en el chancro

y extraer sangre, pueda uno evitar la participación del sistema sanguíneo linfático general, y me resulta, por consiguiente, invalidada la experiencia tan absoluta que el doctor Prunell nos presenta, es decir, la existencia exclusiva de anticuerpos locales en el chancro.

En las experiencias que varias veces efectué, buscando anticuerpos en los límites de las úlceras terciarias específicas, mediante la aplicación de vegigatorios, nunca pude comprobar discordancias entre los resultados obtenidos con la linfa local y el suero sanguíneo; por el contrario, siempre fueron de un paralelismo perfecto.

En cuanto a la existencia constante de cristales de colesterina en la superficie del chancro, y procedentes de su raspado, puedo afirmar que en varios años que me dedico a estas investigaciones, y en algunos cientos de chancros examinados, nunca he podido comprobar la existencia de cristales de colesterina. Por otra parte, no es en esta clase de procesos de inflamaciones agudas donde se encuentra la colesterina. La Patología General nos enseña que es en otra clase de procesos de larga evolución, y transformación de materias proteicas, donde se encuentra con frecuencia, aparte de ciertas enfermedades de diatesis particular.

En cuanto a la proposición del doctor Jiménez, apoyada por el doctor J. González, debo decir que no soy partidario de la intervención del Estado en esta clase de cuestiones; que hay que dejar a los sabios, conductores luminosos, que nos indiquen el camino a seguir. Una legislación sobre este particular, nos obligaría a detenernos muchas veces en el camino. Ocurriría que cualquier modificación, siempre sería aceptada por los clínicos con mucha anterioridad a toda modificación legal, obligando a los hombres de laboratorio a seguirlas en sus exigencias justas y a dejar de lado las que la reglamentación, que siempre marcharía en retardo, nos obligara. En estos momentos, el eminente profesor Wassermann, publica sus investigaciones sobre las pruebas que él llama de contralor de la reacción de Wassermann, y, si hemos de seguir los cambios progresivos de la ciencia, nos veremos obligados a aceptar sus conclusiones y a efectuar su nuevo procedimiento, una vez que el sabio profesor Wassermann nos lo indique, y no aquéllos determinados por la reglamentación. En todas partes se trabaja mal, no es posible evitarlo, y aún mismo entre los que trabajan bien, es necesario asignar un margen de error, pues no es posible olvidar que se trata de una reacción biológica delicada y cuyos fundamentos aún no son del todo conocidos.

Felizmente, entre nosotros, los clínicos son los que se encargan de conducir los enfermos a aquellas personas en quienes depositan mayor confianza, y el propio enfermo acepta gustoso este temperamento.

Creo, pues, que una reglamentación al respecto, no nos traería beneficios.

Oreste Calcagno (Buenos Aires). — Pregunta qué especialidad deben tener los laboratorios donde se practica la reacción de Wasser-

mann. No le parece posible la intervención del Estado en el contralor de esa reacción.

Justo F. González (Montevideo). — La standardización o normalización de la reacción de Wassermann, tiene por objeto establecer ciertas normas para efectuar esta importante reacción biológica y, además, selecciona, por decirlo así, el material de los reactivos que deben ser puestos en presencia unos de otros para alcanzar los resultados buscados, con la mayor exactitud y precisión. La normalización no es método impuesto oficialmente, sino el resultado de gran número de investigaciones sobre esta cuestión. Es una técnica, derivada de una revisión del método de Wassermann, y ha sido aceptada en diversos países. En Alemania, particularmente, el Ministerio respectivo, ha hecho conocer, por medio de circulares impresas, las bases sobre que reposa la normalización. Y no vale la pena de insistir más. Creo que he sido suficientemente comprendido. Hay, pues, necesidad de una intervención oficial, para que la reacción de Wassermann pueda ofrecer el máximum de garantías en el diagnóstico de la sífilis.

Nota. — Se posterga la discusión sobre standardización de la reacción de Wassermann para la sesión del sábado 15.

SEXTA SESIÓN

JUEVES 13 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 21

Presidencia del doctor Fernando Terra (Río de Janeiro)
Secretario: doctor Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

El tratamiento de las tiñas por el acetato de talio

POR EL DR. RICARDO E. CICERO (México)

Profesor titular por oposición de Clínica Dermatológica en la Facultad de Medicina de México

(Trabajo leído por el Dr. Joaquín González)

Ningún dermatólogo ignora que la dificultad del tratamiento de las tiñas estriba en que los hongos parásitos que las causan se desarrollan preferentemente en la raíz de los cabellos, en su porción intrafolicular, a donde, por consiguiente, ningún agente parasiticida, aplicado en la superficie de la piel, puede llegar. De aquí que sea también bastante antiguo

el conocimiento de que sin depilación no hay curación posible. Los medios para obtenerla han ido evolucionando. Fué el primitivo, el brutal casquete de pez. Constituyó la depilación por medio de las pinzas un enorme progreso para el *favus* en que los cabellos conservan su consistencia y pueden ser arrancados enteros, bastante menor para las tonsurantes en que la fragilidad de los cabellos enfermos los hace difíciles de tomar entre las ramas de las pinzas, y aún muchos de los que pueden llegar a ser tomados se rompen entre sus ramas, quedando entonces una porción enteramente intrafolicular, que no puede volver a ser tomada sino hasta que el crecimiento le haya permitido emergir nuevamente, con todo lo cual, y no obstante los perfeccionamientos aportados principalmente por Besnier para su técnica, resultaba siempre un procedimiento lento e incierto, doloroso, que ponía a prueba la paciencia de pacientes, madres y médicos, para lograr el éxito, solamente con una constancia y dedicación no menor de año y medio a dos años. Provocar foliculitis expulsivas, por medios tales como el aceite de crotón, es un medio con que se obtiene la depilación completa de modo más efectivo: pero, resulta, en general, el remedio peor que la enfermedad, porque, aparte de lo doloroso de las foliculitis supuradas, esta misma circunstancia trae por consecuencia la destrucción de los folículos y la alopecia cicatricial y, por consiguiente, definitiva, resultado que ninguna de las tonsurantes (ni la microsporia ni la tricoficia), dan por sí mismas en su evolución espontánea a la curación efectuada al llegar la pubertad. El mayor progreso para la depilación, empleada como medio terapéutico, vinieron a constituirlo los rayos X, y, en particular, desde que Sabouraud reglamentó perfectamente su técnica. Cuando en la ciudad de México, en 1911, se estableció, dependiente del Servicio Higiénico Escolar, la Escuela "Doctor Balmis", especial para niños tiñosos, y me hice yo cargo de ella, fué el procedimiento que seguí con toda escrupulosidad, con muy buenos éxitos, hasta el año 1914, en que la ola revolucionaria, arrollando con todo, dificultó y aún llegó a hacer imposible el tratamiento por la falta de elementos, falta que se exageró después con la guerra mundial, que, considerando los tubos de rayos X como artículo de guerra, impidió por mucho tiempo su exportación de los países en que se fabrican a aquellos que en esta materia, como en otras tantas, aún, desgraciadamente, no pueden vivir sino de la importación. En estas condiciones, hubo necesidad de pensar en otro medio eficaz para tratar a los pobres niños tiñosos, sa-

liendo del precario estado a que las circunstancias nos habían reducido y recordando que el propio Sabouraud había hecho algunos ensayos favorables con una sustancia: el *acetato de talio*, interrumpiendo el estudio de ella por algunos peligros de su empleo; pero, más que por ello, por haber resuelto eficazmente el problema de la depilación terapéutica con los rayos X, pero indicando que tal vez, si se continuara el estudio de esa sustancia, se llegaría a determinar sus dosis útiles y mejor modo de empleo, para ponerse al abrigo de los fenómenos de intoxicación y hallar en él un medio práctico de tratamiento de las tiñas, me propuse emplearlo y estudiarlo, y, al efecto, procuré proporcionármelo, lo que, después de mucho batallar, al fin conseguí, gracias a mi antiguo condiscípulo y Jefe que fué de nuestro Servicio Higiénico Escolar, que supo prestigiar, hasta el extremo de desempeñar brillante papel en los Congresos internacionales de la materia, efectuados en París y en Búffalo, el prestigioso hombre de ciencia y eminente oftalmólogo doctor Manuel Uribe y Troncoso, que, habiéndose ido a establecer a Nueva York, donde ha estado trabajando y aumentando su prestigio científico, conseguí, repito, gracias a él, cierta cantidad del medicamento.

Después de usarlo por algún tiempo, tuve ocasión de presentar, con los resultados favorables que obtuve, un trabajo a la Academia Nacional de Medicina de Méjico, el día 5 de marzo de 1918.

En ese trabajo comenzaba yo por enumerar las propiedades físicas y químicas del acetato de talio y del talio en general, de las que aquí hago punto omiso, por no ser indispensables y para no distraer demasiado tiempo la atención de los señores congresistas, que a tantos otros trabajos importantes tienen que consagrarla. Básteme recordar, sin embargo, que el talio es un metal muy singular, que, por sus propiedades físicas y químicas, se parece al plomo; pero que, por làs químicas de algunos de sus compuestos, es análogo a los metales alcalinos, por las de otros al plomo y a la plata; y por las de otros, finalmente, al bismuto, al oro y al aluminio. Para aquellos a quienes pudiere interesar su estudio a este respecto, recomiendo, en general, las obras sobre química; pero muy especialmente el "Tratado de Química Mineral", de Moissan.

En cuanto a sus usos terapéuticos, lo fueron, al principio, contra los sudores de los tísicos, contra la disentería, y en inyecciones uretrales al 2 o|o en la blenorragia. No sé que

con esta última indicación haya sido vuelto a emplear y con qué resultados; pero lo que motivó su abandono en los tísicos y en las disenterías, fué, precisamente, la depilación consecutiva e inesperada, que fué una verdadera sorpresa.

Sabouraud, en su "Pláticas dermatológicas del Hospital Saint Louis", menciona que en el año 1897 observó varios accidentes de este género, los que le permitieron concluir que administrando el medicamento en dosis de 0.005 por kilogramo de peso, se produce, al cabo de 2 a 15 días, una alopecia casi total, tan brusca como la causada por los rayos X o las peladas decalvantes, quedando siempre, sin embargo, algunos pelos o mechones aislados. Refiere el caso de una señora, a quien vió en ese mismo año, y a la que se le había diagnosticado pelada total de origen nervioso; pero, fijándose en la rapidez inaudita con que se había producido, y en lo que la observación de otros casos le había enseñado, afirmó él que se trataba de alopecia, causada por el acetato de talio. La paciente se asombró y negó haber tomado dicha sustancia; pero, bien conducido el interrogatorio, se vino en conocimiento de que 15 días antes, hallándose en los baños de Dinard, tuvo síntomas de disentería, por lo que consultó con un médico de la localidad, quien prescribió unas píldoras que dominaron fácilmente el mal, pero la paciente ignoraba lo que contenían. Ya con este dato fué fácil ponerse en relación con el farmacéutico de Dinard que había despachado la receta, de la que mandó copia a vuelta de correo, y rezaba como sigue:

Acetato de talio, 0 gr. 32; en 4 píldoras; dos al día.

Pesada la enferma se vió que, vestida, marcaba la báscula 61 kilogramos. La pérdida de sus cabellos se completó en 4 días, desde aquel en que principió, quedándole tan sólo dos mechones delante de las orejas. A las 6 semanas principió el brote del nuevo cabello, que se efectuó normalmente hasta la recuperación completa de la cabellera.

De esas observaciones le vino la idea de aprovechar el acetato de talio en el tratamiento de las tiñas; pues realizaba el ideal de producir con facilidad una alopecia transitoria.

"Ensayé, dice, el medicamento por ingestión y en aplicaciones externas y directas en las regiones por depilar, con pomada al décimo. Esperaba por este medio un resultado más perfecto. *Los resultados fueron admirables.* Al interior no me atrevía a pasar de 0.005 por kilogramo, y los resultados fueron inconstantes e incompletos; pero, con la pomada, obtuve, 19 días después del principio de las aplicaciones, *que*

no habían sido continuadas más que 15 días, una depilación completa y total. *Tuve 6 casos de curación completa de tiñas tonsurantes,* viéndose la cabeza desembarazada de todos los cabellos, sanos y enfermos".

Observó, sin embargo, algunos accidentes: sialorrea, taquicardia, equimosis, albuminuria, que no precisa en su exposición si fueron por la administración al interior o por la aplicación de la pomada, siendo de presumir que se tratara de este último modo de aplicación, tanto por la proporción demasiado concentrada en que la usó, como por la repetición diaria de las aplicaciones; pues estas dos circunstancias exponen, sin duda, a una absorción de dosis medicamentosa exagerada, y cuyo monto es imposible determinar. Que la dosis de la pomada era fuerte, lo demuestra el hecho de que el propio Sabouraud recomienda contra la hipertricosis una crema en que la proporción del acetato de talio no llega a 1 o|o, con la que no se produce depilación sino un lento adelgazamiento de los vellos hipertricósicos, obteniendo, en el término de 18 meses de uso diario de esta crema, una disminución a la mitad del largo y grueso de la barba en las desdichadas mujeres afectadas de esta deformidad, y sin que, por un uso tan prolongado, haya observado síntomas de intoxicación.

No sin alguna aprehensión me decidí a emprender por mi cuenta el estudio del acetato de talio en el tratamiento de las tiñas, movido por los motivos que antes he indicado, y después de 4 años de experiencia, cada vez me encuentro más satisfecho de su empleo; pues, a un éxito casi constante en 459 casos que llevo tratados, se añade el no haber observado, sino en rarísimas ocasiones, un poco de sialorrea o simples huellas de albúmina en muy contados casos; pero, sin llegar a constituir una verdadera albuminuria, no obstante que, cuando adquirí ya mayor confianza he administrado el medicamento aún a niños en quienes el análisis previo a la administración había revelado que huellas de albúmina y aún algunos cilindros hialinos existían, los cuales posteriormente no aumentaron y aún desaparecieron en algunos casos. Un joven alumno de la clase de Clínica de Dermatología de la Escuela de Altos Estudios, a cargo de mi estimado compañero doctor Jesús González Urueña, el ahora doctor Salvador González H., que, para obtener su título profesional, escribió su tesis sobre este asunto, inspirándose, en buena parte, en mi trabajo a la Academia, y recogiendo personalmente 6 observaciones con todo detalle en el Hospital general, señala en 5 de ellos huellas de albúmina y escasos cilindros hialinos, previamen-

te a la administración del medicamento, y, en análisis posteriores, no obstante haber repetido aumentando las dosis en los niños, llegando a administrar hasta 0.008 miligramos por kilogramo. Dicho sea, también, de paso, que en todos sus enfermos investigó el doctor González la presencia del talio en la orina y en ninguno lo llegó a encontrar.

En el primer caso en que empleé yo el acetato de talio, usé la pomada al décimo en vaselina, aplicándola yo mismo durante 15 días a la cabeza de la enfermita. que era una niña de 6 años, con placas tricofíticas diseminadas por toda la cabeza. Suspendí las aplicaciones sin haberse producido ningún fenómeno de reacción local ni general, ni iniciarse la depilación. Una semana después, ésta se inició bruscamente y fué enteramente completa en 6 días, no permaneciendo un solo cabello en la cabeza, y sin ser afectadas, en cambio, en lo más mínimo, las cejas ni las pestañas. fenómeno singular, que también he observado con la administración al interior, y que tiene gran importancia práctica. La depilación fué acompañada en este caso de algo de descamación furfurácea, hecho también bastante frecuente en otros y de ligero prurito. Un mes después comenzó a salir el nuevo cabello, ya sano, y terminado el siguiente estaba ya totalmente cubierta la cabeza. No llegó a haber ningún signo de intoxicación. El tratamiento de esta niña lo hice en febrero de 1918, y en mayo era ya la curación completa, con retoño perfecto del cabello y sin volver a encontrar ninguno enfermo después de exámenes repetidos.

No había querido intentar el tratamiento nuevamente sin ver el resultado final de este primer caso. Habiendo sido satisfactorio, me decidí, en el mes de mayo, a emplearlo en otro. En esta ocasión usé el medicamento al interior, por tres motivos: Comprobado ya en el primer caso que era eficaz la pomada, quise averiguar el resultado de la ingestión en la dosis aconsejada por Sabouraud, de 0.005 por kilogramo de peso. Me inclinó también a emplear este medio la seguridad del conocimiento de la dosis administrada en una sola vez, con la certidumbre de su absorción completa, en vista de su fácil solubilidad. Por último, la cantidad de medicamento de que disponía yo era muy pequeña y la razón económica venía a sumarse a las otras dos; pues la cantidad necesaria para preparar una pomada, aún en corta cantidad, tenía que ser, forzosamente, superior a la dosis por ingestión.

La paciente fué, en esta vez, una niña de 9 años, afectada, igualmente, de tiña tricofítica diseminada por toda la cabe-

za. Por de contado me cercioré, como en todos los casos en que después he usado el medicamento, de que el resto del organismo estaba sano, en especial, de que no había albúmina en la orina. Pesaba la niña 20 kilogramos y, en consecuencia, fueron 0.10 centigramos de acetato de talio los que le administré, disueltos en medio vaso de agua. La niña tomó el medicamento sin la menor repugnancia, como se comprenderá fácilmente, sabiendo que es casi insípido, no teniendo sino un ligerísimo resabio de sabor a vinagre, que en solución diluída desaparece por completo. El día 12 de junio, es decir, justamente 17 días después de la administración del medicamento, principió la depilación, y para el día 16, o sea 4 días después, era total. Mes y medio después comenzó a salir el cabello nuevo, ya enteramente sano y en término de otros dos meses tupió y adquirió bastante longitud. Ni inmediatamente después de la ingestión, ni en los días siguientes, ni cuando se produjo la depilación, ni más tarde, hubo signos de intoxicación. El análisis de la orina no mostró la aparición de albúmina ni de cilindros hialinos.

Ya sobre estas bases, emprendí la experimentación en grande escala, tanto en la Escuela "Doctor Balmis", como en mi clientela particular, empleando siempre el método por ingestión, y no he llegado a tener motivo de desagrado, pues a un éxito casi constante debo añadir la satisfacción de no haber observado fenómenos de intoxicación, aparte de un poco de sialorrea en uno que otro caso, como ya lo dije anteriormente. Nunca he visto producirse taquicardia, ni equimosis, ni aparecer albúmina en las orinas, ni otros signos de nefritis. No sólo, sino que me he atrevido, como lo hizo el doctor González en sus observaciones, a administrarlo en casos en que había huellas de albúmina, sin que ésta haya aumentado, sino, antes bien, desaparecido, a veces. Nunca lo he administrado, sin embargo, cuando la cantidad de albúmina ha sido ponderable, cuando el analizador ha podido señalar numéricamente su cantidad, por pequeña que sea. En tales casos, si la cantidad es bastante pequeña, someto al enfermo al tratamiento adecuado para hacerla desaparecer y hasta que un nuevo análisis viene a demostrarme la ausencia absoluta de la albúmina y de cilindros, administro el acetato. Si la cantidad de albúmina es demasiado grande, resueltamente renuncio y procedo a tratar por medio de los rayos X, sujetándome estrictamente a las reglas de Sabouraud.

Al principio, y durante largo tiempo, me sujeté a la dosis de 0.005 miligramos por kilogramo de peso del niño, y casi

nunca dejó de producirse la depilación; pero, como en un uno que otro no se producía y en algunos fué incompleta, me decidí a ir aumentando la dosis en los casos nuevos que se me iban presentando, y he llegado a considerar como normal la de 0.007 miligramos por kilogramo. Naturalmente, como era fácil prever, la depilación viene más rápida cuanto mayor es la dosis y también, en cambio, el retoño se retarda por el mismo motivo. Además, se producen con relativa facilidad ligeras reacciones cutáneas en el cuero cabelludo, tales como eritemas, descamaciones y foliculitis, accidentes todos mucho menos comunes con la dosis de 0.005 por kilogramo. También he observado, en uno que otro caso, ligera cefalalgia, o, más propiamente, dermalgia del cuero cabelludo algunos días antes de iniciarse la depilación con la mencionada dosis de 0.007. Pero, en suma, jamás han revestido gravedad estos accidentes, están lejos de ser constantes, y la mayor seguridad con que se produce la depilación y consecutivamente la curación de las tiñas, me autorizan a aconsejarla en general. En niños menores de 4 años, sin embargo, nunca he pasado de la dosis primitiva de 0.005.

Algunos caracteres bastante singulares de la depilación que el acetato de talio produce, según he podido observar, son los siguientes: la alopecia del cuero cabelludo rara vez es completamente total, sino que es bastante frecuente que hacia los bordes queden algunos mechones poco tupidos y diseminado uno que otro resitente a la tracción, por consiguiente, no frágil, ni infectado por el *tricophyton*, ni por el *microsporum*, lo que es fácil comprobar por el examen microscópico. Nunca he visto caer las cejas ni las pestañas, y no carece de importancia el hecho, porque es una de las preocupaciones de las madres cuando se les propone el tratamiento, y con certeza se les puede asegurar que ese temor es infundado, de lo que se sienten muy complacidas cuando, al producirse el efecto, se convencen de la verdad. Otro hecho curioso es que la depilación se produce de preferencia en los lugares atacados por las tiñas y es más intenso en ellos, de tal suerte que particularmente en la microsporia, cuyas placas son mayores y más aparentes, suele verse, una vez producida la depilación, cómo los lugares que estaban enfermos se marcan por placas más lisas que el resto de la cabeza, y cómo, al presentarse el retoño de los cabellos, se retarda ahí por algún tiempo. Otro fenómeno muy extraordinario observé en algunos niños de la Escuela "Doctor Balmis", a los que anteriormente había yo tratado por los rayos X, y en quienes no se había producido

la curación completa de la tiña, por lo que hubo precisión de tratarlos de nuevo; fué que, en los lugares en que anteriormente se había producido la depilación radioterápica, y había salido ya nuevo cabello, éste parecía más vigoroso que el del resto de la cabeza, y al producirse la depilación tálica caían los del resto de la cabeza y no los de los lugares que habían sufrido la acción de los rayos X. Este hecho, que jamás había sido observado antes, lo consigné en el trabajo que presenté a la Academia.

La depilación, con las dosis que he usado, se produce en un término que varía, en general, de 2 a 3 semanas, es decir, se inicia por lo común en el curso de la tercera semana, al principio o al fin de ella, y se completa, habitualmente, en 4 a 6 días más. Pero es menester vigilarla, y, en cuanto se inicia, completarla mecánicamente, ayudándose con los dedos o con las pinzas; pues, de no hacerlo así, puede, en apariencia, prolongarse el proceso, sobre todo si por cualquier motivo hay costras o escamas que retienen adheridos contra el cuero cabelludo los cabellos ya desprendidos de sus folículos. La caída del pelo se inicia siempre de modo brusco, pero, si no se previene a las madres de la necesidad de que en ese momento sean vistos por el médico, he aquí lo que se produce en muchas ocasiones: en el tiempo en que ha de producirse la alopecia, la madre, que ha visto que en el curso de dos semanas ni un cabello se ha desprendido, comienza a desconfiar ya de que caigan, cuando se apercibe de que en la almohada o en el gorro o pañuelo, con que se le ha recomendado tenga constantemente cubierta la cabeza del niño, aparecen varios cabellos que se han desprendido espontáneamente. Así continúa por varios días; pero al cabo de ellos nota que, aunque bastantes se caen, sin embargo, no se nota que se despueble la cabeza; muchos aún la cubren. Si hasta entonces acude a ver de nuevo al médico, en vez de hacerlo, como se le previno, desde que la depilación se iniciaba, nota, con verdadera sorpresa, sómo tomando éste entre sus dedos en grandes cantidades los cabellos que ella creía aún adheridos los quita con toda facilidad y en unos momentos, sin sufrimiento de ninguna clase para el niño, lo deja enteramente pelado, como quien despluma un pollo, es expresión que a muchas madres he oído. Y no es indiferente dejar los cabellos así adheridos; pues la persistencia de la enfermedad puede ser la consecuencia de este descuido. Por otra parte, quitados así enteramente sin dolor los cabellos ya desprendidos y recogidos, por consiguiente, en una vasija apropiada para ser destruídos, se

impide la diseminación de la enfermedad en la cabeza del mismo niño y su transmisión a otros; pues a nadie se oculta que, regados por doquiera, con descuido, los cabellos tiñosos desprendidos, son un magnífico vehículo de contagio. Por eso insisto siempre con mis clientes en que por nigún motivo dejen que esté descubierta la cabeza del niño, sino hasta que esté completamente sano, que no se le descubra sino para asearlo y curarlo y para ayudar a la depilación en el tiempo oportuno; pero fuera de esas circunstancias, ni de día, ni de noche, ni en la casa, ni en la calle. Otra precaución que también recomiendo, es, por supuesto, cortar el cabello al rape antes de comenzar el tratamiento; pero que, una vez tomado el medicamento, no se vuelva a cortar mientras no se haya producido la depilación; pues si está excesivamente corto en el momento en que ésta se inicia, se dificulta mucho la ayuda mecánica de que he hablado.

Una vez producida la depilación, debe observarse con frecuencia la cabeza del niño; pues, sobre todo, en la tricoficia, en que los cabellos se rompen al ras de piel y aún quedan incluídos bajo escamitas adherentes, no basta por sí solo el diluvio de la caída capilar, sino que algunos de esos cabellitos rotos quedan ahí retenidos y se les ve fácilmente, en particular con la lente, en medio de todo el casco depilado; pero, como están a la vista, completamente a nuestro alcance, fácil es ya desprenderlos bien con la pinza, bien extrayéndolos de sus folículos con una aguja aséptica, bien, por último, destruyéndolos por medio de la electrolisis, o determinando, por medio del aceite de crotón u otro agente medicamentoso, una foliculitis expulsiva, en uno que otro lugar circunscrito en que la enfermedad ha parecido acantonarse y defenderse tenazmente, foliculitis que, por circunscrita y por tener la región enteramente a nuestra vista, carece de importancia, y podemos graduar a nuestro antojo. Por lo demás, rarísimo es que haya necesidad de provocarla.

Por de contado que será preciso mantener en estado aséptico todo el cuero cabelludo, desde que se inicia el tratamiento hasta que viene con toda franqueza el retoño completo del cabello completamente sano. Los medios a que puede acudirse con este fin, pueden, sin duda, ser muy variados; pero es clásico, por sus buenos resultados, el recomendado por Sabouraud, de hacer embrocaciones a toda la cabeza con tintura de yodo diluída al décimo.

El estudio de la acción fisiológica del acetato de talio, puede decirse que está en pañales. El doctor González menciona

en su tesis algunas experiencias que hizo en conejos, hallando que la dosis mortal es para esos animales de 0.02 por kilogramo de peso, encontrándose en la autopsia fenómenos congestivos en las vísceras abdominales, y siendo afectados principalmente los riñones, en los que se encontraron signos de nefritis hemorrágicas. Con dosis no mortales, por inyección subcutánea, hasta 0.015 por kilogramo, y mezclado con los alimentos en dosis de 0.009 por kilogramo, no observó en los conejos fenómenos de intoxicación apreciables, ni logró ver producirse en ellos la caída del pelo.

Cuando el estudio fisiológico se pueda llegar a hacer algún día a fondo, se podrán, tal vez, formular hipótesis que expliquen la acción tan singular de este medicamento, acción particularmente curiosa, por lo retardado del efecto depilatorio, tan semejante por muchos conceptos al de los rayos X. Que hay una sideración de las papilas pilares, es indudable; pero, ¿cómo, cuándo, por qué, bajo qué circunstancias se efectúa esa sideración?; ¿por qué su efecto aparente, la depilación, es tan tardío?; ¿por qué una acción tan enérgica sobre el sistema peloso, no se acompaña de verdaderos fenómenos de intoxicación en otros órganos?; ¿hasta qué punto el conocimiento de la acción fisiológica del acetato de talio podrá esclarecer la patogénesis de las peladas espontáneas? Son todos estos asuntos interesantes, que sólo en lo porvenir podrán ser resueltos. Por ahora, cualquiera hipótesis que nos forjáramos, por fuerza sería falaz.

CONCLUSIONES

1.ª La acción alopeciante del acetato de talio es indudable.

2.ª Esta acción es tardía: con las dosis habituales tarda de 15 días a tres semanas para producirse.

3.ª El efecto es puramente transitorio, pues al cabo de algún tiempo, variable de 2 a 5 meses, el retoño es total, íntegro y completo.

4.ª Debe ser preferido el método por ingestión en una sola vez.

5.ª Con las dosis de 0.005 por kilogramo de peso, el efecto alopeciante es frecuente; pero no enteramente seguro; con la de 0.007, puede considerarse como seguro.

6.ª Con las dosis indicadas se produce sin inconvenientes para el organismo, sin fenómenos de intoxicación, sin fenómenos de irritación renal.

7.ª No obstante, deberá siempre practicarse previamente el

análisis de la orina y abstenerse de administrar el medicamento si se encuentra albúmina en cantidad ponderable.

8.ª Al iniciarse la depilación hay que completarla lo más pronto posible por medios mecánicos.

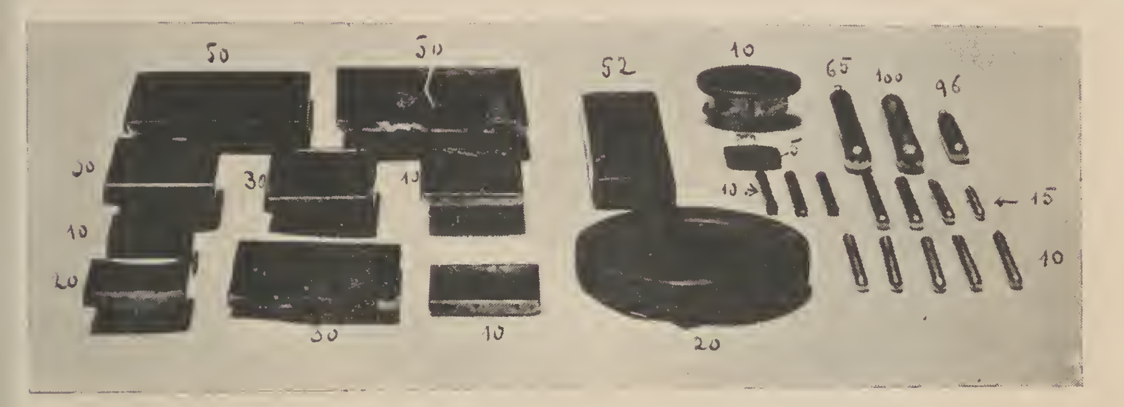
9.ª Aparte de la ventaja que por sí misma tiene la depilación obtenida espontáneamente y sin dolor, hay también la de que se puede mantener en mejor estado de asepsia todo el cuero cabelludo, se tienen a la vista los últimos vestigios de la enfermedad y puede ésta ser mejor perseguida hasta sus últimos reductos.

10. El tratamiento de las tiñas por el acetato de talio es positivamente eficaz, sencillo y sin peligros, siempre que sea convenientemente manejado por el médico especialista en persona y bajo su estricta vigilancia.

DISCUSION

Fernando Terra (Río de Janeiro). — Foi com intenso jubilo que ouvi a leitura do interesante trabalho do Dr. R. Cicero, a qual representa valioso contingente para o conhecimento de um novo methodo de tratamento das tinhas. Atté hoje o unico tratamento preconisado, e de acção comprovada, para o tratamento das tinhas, é a Roentgentherapia, methodo que em geral só póde ser utilisado nos grandes centros, e com o inconveniente de ser algo dispendioso. O acetato de thalio, empregado de conformidade com a practica do Dr. Cicero, vem resolver esse problema. O inconveniente, que o medicamento apressenta no tratamento da hypertrichose, isto é, de determinar só temporariamente a quéda dos pêlos, aqui se transforma em virtude. Realmente, segundo se deprehende da leitura que acaba de ser feita, administrandose o medicamento, sem os riscos de intoxicação, tem-se a evicção dos pêlos durante o tempo de sua contaminação, eliminando-se assim os germes situados nas partes profundas de sua implantação. Com a cura da mycose dá-se tambem a reproduição dos cabellos. Tem-se assim uma triplice vantagem: brevidade da cura, inocuidade da medicação, e facilidade de applicação.

Neocle Ragusin (Buenos Aires). — Elogia el trabajo del doctor Cicero, haciendo manifestaciones favorables sobre ese tratamiento.



Material Radioactivo del Instituto Científico de Radium, de Buenos Aires

Sales de Bromuro de Radium puro al 50 % expresadas en miligramos



N.° 1 — Angioma cavernoso

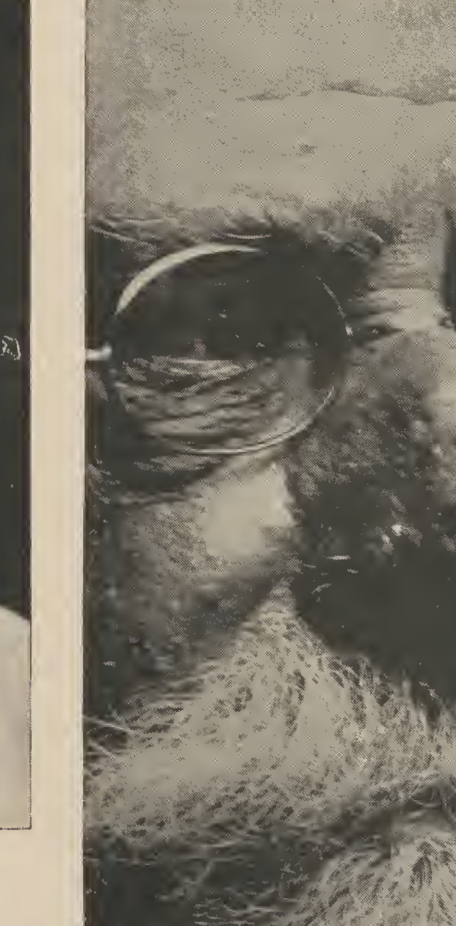


N.° 2 — Angioma cavernoso curado

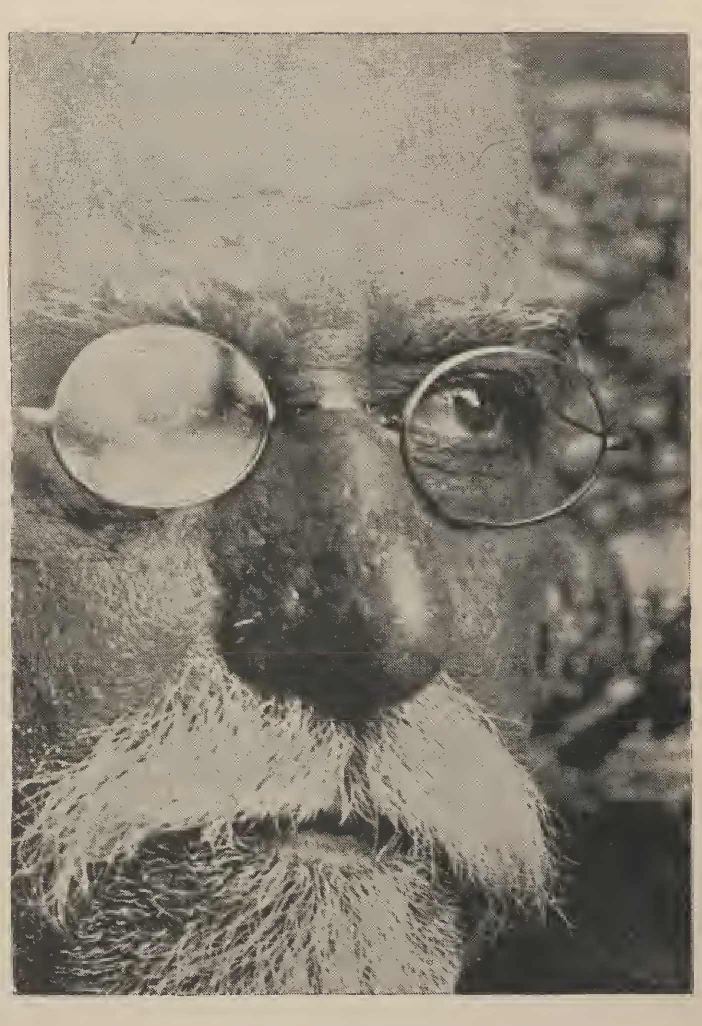




N.os 3 y 4 — Angioma cavernoso



N.o 5 — Rinofima



N.o 6 — Rinofima curado

La práctica radiumterápica en Dermatología

POR EL DR. EDUARDO JONQUIÈRES (Buenos Aires)

Jefe del Consultorio de la Piel y Sífilis del Hospital T. Alvarez (Buenos Aires)

Aclarada cuanto se puede la Etiología y la Patogenia de la Dermatosis, el tratamiento consiste en obtener, mediante una medicación inteligente, el restablecimiento de las funciones normales del organismo que sufre, en suplir a las deficiencias irremediables, por medio de una higiene alimenticia hipotóxica, en facultar el libre juego de los emuntorios, y en atacar el agente patógeno, cuando existe.

La medicación interna, curativa a veces, paliativa a menudo, es completada, casi siempre, por el tratamiento de las lesiones externas, que se hace con los innumerables tópicos ideados por una prolífica farmacología.

Solamente recurrimos a los agentes físicos, cuando la afección está caracterizada por su cronicidad y su fijeza; cuando tiene reducidas dimensiones y, sobre todo, cuando la medicación química está en derrota.

La electroterapia, el Finsen, los rayos X, etc., aportan un serio contingente a la lucha contra esas dermatosis rebeldes, teniendo, unos y otros métodos, indicaciones precisas de singular eficacia.

Agregóse el radium al arsenal fisioterápico, en *dermatología*, cuando se pudieron conseguir placas radioactivas que permitieron, por sus dimensiones, tratar lesiones extensas, cosa hasta ese momento imposible con el material de pequeñas placas o de tubos que poseían los Institutos.

Los tubos conteniendo radium sólo permiten su empleo cuando se trata de neoplasias o de malformaciones de un tipo especial, en las cuales hay que irradiar profundamente, utilizando lo que se llama la ultrapenetración.

Las placas radioactivas utilizadas en el tratamiento de las dermatosis, tienen las características siguientes:

1.° Son de irradiación uniforme, por estar la sal de radium extendida de una manera perfecta sobre las placas de metal que le sirven de soporte y adherida a éste, merced a un barniz especial.

2.° Permiten la utilización, sobre todo, de los rayos α y β *(blandos y medianamente duros)*, rayos que son poco pene-

trantes y, por ende, absorbibles por la piel, fenómeno que entrena la modificación biológica de la región tratada.

En las placas, la proporción de rayos γ ultrapenetrantes y de los β *duros*, es relativamente débil y lo es tanto más que mayor es, para una misma cantidad de sal de radium, la superficie sobre la cual ésta se halla extendida.

Lo inverso pasa con los tubos que contienen radium. En éstos, debido al espesor del metal que compone el tubo (espesor de medio milímetro de platino, por lo general), los rayos α y β (blandos y medianamente duros), son detenidos y no atraviesan la pared del tubo, sino los β duros y los γ

3.º Posibilidad de irradiar grandes superficies, lo que se obtiene desplazando las placas sobre los puntos enfermos, haciéndose así aplicaciones contiguas que, en total, pueden significar una gran superficie tratada (toda la cara, por ejemplo).

4.º Inocuidad absoluta. En efecto: la brevedad relativa de la sesión de radium en terapéutica dermatológica, no debe producir reacciones de importancia, salvo un eritema pasajero a veces, o una reacción impetiginoide buscada para el resultado que se desea obtener y que cura pronto.

5.º Indolencia absoluta y también: aplicación silenciosa, ventaja inapreciable, cuando se trata de niños o de enfermos pusilánimes.

La acción biológica de los rayos α y β sobre los tejidos, depende del tiempo de aplicación, del filtraje utilizado, de la fuerza del aparato radioactivo empleado, y de la proximidad de las sesiones ulteriores.

El efecto curativo debe buscarse *a veces* (en los eczemas y pruritos localizados, por ejemplo), por la acción biológica que produce el choque de los rayos α y β de consistencia material, contra los tejidos enfermos, sin otra reacción local que un ligero eritema.

En algunos casos más rebeldes o infiltrados, se necesitará llegar a producir una reacción impetiginoide, una ligera histolisis.

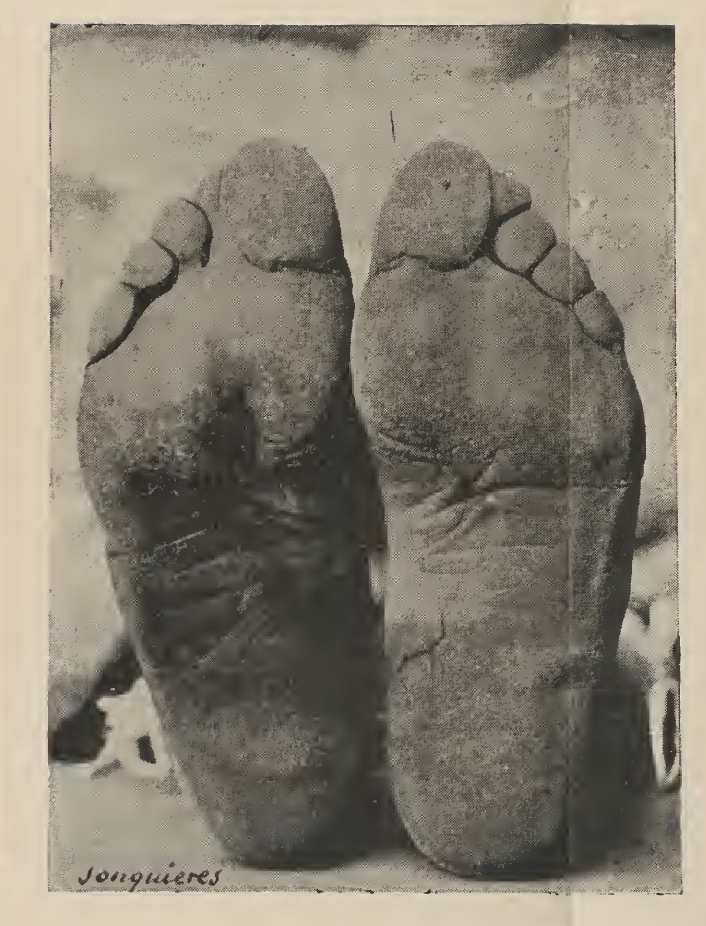
Rara vez tendremos que utilizar efectos más penetrantes con los rayos α y β, excepto si se trata de verrucomas, moluscum pediculados, etc., que deben ser destruídos.

Tratándose ya de lesiones más profundas, recurriremos al filtraje, que no deja pasar los rayos α y β (blandos y medianamente duros), los que podrían ser nocivos en aplicaciones de más de una hora. Toda la terapéutica con el radium





N.os 8 y 9 -- Eczema keratósico





N.os 10 y 11 — Eczema keratósico

está dominada por la noción y el conocimiento perfecto del filtraje.

Con el filtraje y la supresión consecutiva de los rayos irritantes, entramos en el dominio de la ultrapenetración, capítulo interesante, casi exclusivo, de los tumores.

Recordamos que se llama irradiación global a la totalidad de los rayos. Es la que dan las placas cuando no se utilizan filtros.

Antes de entrar a examinar las dermatosis susceptibles de mejorar o de curar con la radiumterapia, diremos dos palabras sobre el material utilizado por nosotros.

Ese material pertenece al Instituto Científico de Radium, de Buenos Aires, y está constituído por:

Dos placas de 0.050 miligramos de bromuro de radium puro al 50 o|o, de 16 centímetros cuadrados cada una.

Tres placas de 0.030 miligrs., de 6 centímetros cuadrados cada una.

Dos placas de 0.010 miligrs., de 4 centímetros cuadrados una y de 2 centímetros y 1|4 cuadrados la otra.

Una placa de 0.020, de 2 centímetros y 1|4 cuadrados.

Estas placas, colocadas una al lado de la otra, dan una superficie radioactiva de 48 centímetros cuadrados, más o menos, con un total de 230 miligramos de bromuro de radium puro al 50 o|o.

Para las irradiaciones profundas existen tubos y cápsulas de diversas formas y tamaños, con un total de algo más de 400 miligramos.

Nos proponemos describir, lo más sencilla y brevemente posible, los resultados que hemos obtenido en dermatología por medio del radium.

Nuestro trabajo, resultado de seis años de labor, comporta alrededor de mil casos diversos, con un total de 9,500 aplicaciones.

No trataremos el capítulo interesante de los cánceres cutáneos, porque ese solo sería digno de una comunicación, por su importancia y su extensión.

Eczema. — Comenzamos por el eczema, que constituye casi la mitad de los casos de la práctica diaria, aunque no en radiumterapia.

El eczema tiene orígenes tan diversos, desde el eczema reacción cutánea de un disturbio interno, hasta el posible eczema microbiano o parasitario, que sería imprudente querer tratarlo uniformemente con la fisioterapia.

Veamos, pues, en qué casos echamos mano de este recurso. Sólo aplicamos radium en ciertos eczemas agudos, como el eczema costroso de los lactantes, cuando éste se eterniza y tiene enloquecido al pequeño paciente por su prurito continuo.

Entonces, breves sesiones, de 5 o 10 minutos, de la irradiación global, bastan para terminar, a veces definitivamente, con esta enojosa afección (un caso de 5 años de curación).

En los estados agudos, que siempre ceden a la irradiación, puede producirse la recidiva. En estos casos el empleo del radium sólo ofrece la ventaja de suprimir las pomadas, que suelen ser molestas cuando la dermitis está situada en las regiones descubiertas.

A medida que el eczema se hace seco, liquenificado, infiltrado, crece la indicación de la radiumterapia.

Las sesiones pueden llegar a 20 minutos, media hora, de irradiación global.

El prurito es el primer síntoma que desaparece.

La recidiva es rara en estas formas fijas, habiéndose modificado, sin duda, el *locus minoris resistenciae.*

En las formas muy crónicas, psoriasiformes, el resultado es sorprendente, volviendo la piel a su estado normal.

Eczematides (eczema seborreico). — Las eczematides (tipo eczema seborreico), son menos favorablemente influenciadas por esta terapia, y, sobre todo, recidivan con deplorable facilidad. Sin embargo, se puede tentar la irradiación global, cuando las placas son limitadas, siguiendo la misma técnica que en los eczemas.

Dishidrosis. — Una afección molesta, la dishidrosis, es particularmente sensible a la terapia radioactiva. El prurito y la vesiculación no tardan en desaparecer con sesiones cortas, de 10 minutos, repetidas cada 3 días, hasta su curación.

Psoriasis. — La psoriasis es una dermatosis rebelde y a veces repugnante para los familiares del paciente, quien va desesperado de consultorio en consultorio buscando el "blanqueo".

Su tratamiento por el radium no tiene otra pretensión que hacer desaparecer las manifestaciones visibles (cara, cuero cabelludo, manos), en un breve lapso de tiempo, no mayor de dos semanas.

No se evita la recidiva, pero aquí también hemos comprobado que éstas son menos frecuentes que con cualquier otro procedimiento.

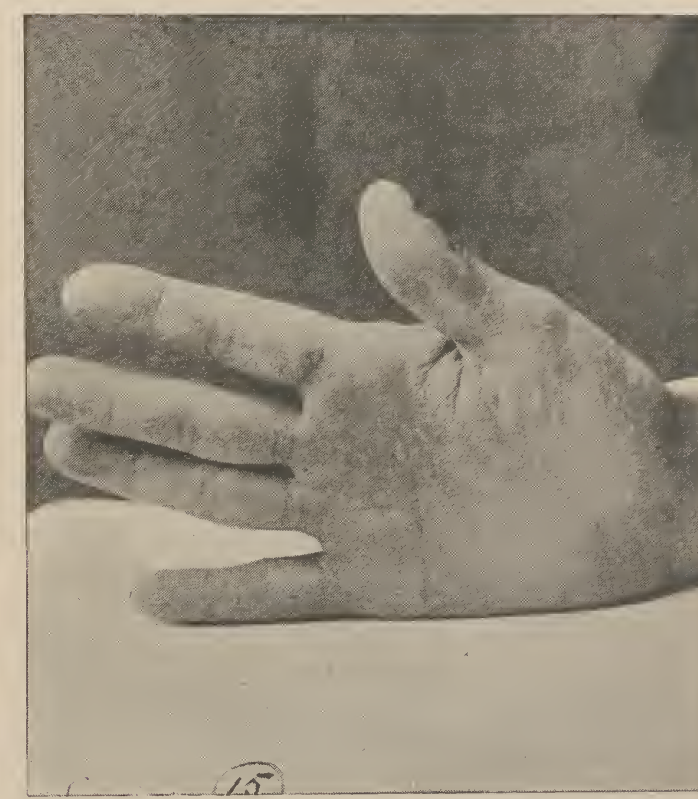
Utilizamos la irradiación global durante 30 minutos o 1 hora, según se aprecie un mayor o menor espesor de costra.





N.os 12 y 13 — Eczema costroso





N.os 14 y 15 — Eczema psoriatiforme

Acné. — El acné sólo es susceptible de ser tratado con las sales radioactivas cuando los elementos papulosos son enormes, cuando hay infiltraciones marcadas y mucha seborrea.

La acción del agente físico se traduce por la descongestión rápida, la "fundición" progresiva de las pápulas y, sobre todo, el factor seborrea, que impacienta mucho a los enfermos, sufre una regresión muy apreciable, bajo la influencia de la irradiación, que modera enérgicamente la hipersecreción de las glándulas de la piel.

Esta se hace más seca y los comedones oprobiosos se achican y desaparecen paulatinamente.

En estos casos, filtramos las placas con 1|10 de milímetro de plomo. Las sesiones son de una a dos horas, de manera que la acción sea algo profunda y llegue hasta la región de las glándulas. Repetimos las aplicaciones según la impresión que nos deja la anterior.

El tratamiento general, la higiene alimenticia, la inyección de vacunas antiacneicas, el masaje biokinético de Jacquet, ayudan admirablemente la acción de la fisioterapia.

Rosácea. — En el acné rosáceo o *couperose*, la acción electiva que tiene el radium sobre el tejido vascular se pone muy pronto de manifiesto, sea que se trate del tipo puramente eritematoso telangiectásico, sea que se trate del tipo mixto telangiectásico y pápulo-pustuloso.

Empleamos la misma técnica que en el acné juvenil, filtrando a veces algo más, para evitar irritaciones que son muy frecuentes en esta afección, tan poco tolerante.

Rinofima. — Era de esperar que el rinofima o acné hipertrófico fuese beneficiado por la radiumterapia.

La hiperplasia glandular es influenciada enérgicamente. Su regresión es algo lenta pero segura.

El filtraje tiene importancia. No se empleará la irradiación global, que irritaría inútilmente los tegumentos. Hay que actuar sobre las glándulas profundamente situadas. Por otra parte, un filtraje excesivo haría absolutamente ineficaz la acción del radium, porque los rayos ultrapenetrantes tienen una débil influencia sobre las glándulas hipertrofiadas.

En el rinofima hay que utilizar los rayos β, sobre todo los blandos y medianamente duros.

Nos ha parecido que un filtraje de 2|10 de mm. de plomo es el más adecuado, y se deja el aparato 3 o 4 horas, repitiendo la operación cada 15 días. De esta suerte se puede evitar la cirugía plástica del apéndice nasal, poco afecto a dejarse despachar en rebanadas!

Foliculitis. — La foliculitis rara vez cura sin la depilación, que permite el drenaje del folículo piloso enfermo.

Los rayos X son eficaces, pero han dejado, a veces, alopecias definitivas.

El radium, convenientemente manejado, sidera la papila. Cae el pelo y vuelve a crecer normalmente, sin mayores zozobras. Empleamos aparatos filtrados con 4|10 durante 8 a 12 horas.

Confesamos que en las foliculitis simples el radium no tiene mayores ventajas sobre los rayos X, pero en las

Sicosis, donde, además de la infección del folículo piloso, se observa una dermitis inflamatoria, con infiltración más o menos marcada, la acción del cuerpo radioactivo es realmente óptima.

Debido a la acción descongestiva de aquél, vese reabsorber la infiltración; el pelo cae, favoreciendo el drenaje del folículo, y todo termina dejando una superficie lisa y rosada, que va adquiriendo el aspecto normal de la piel.

Según el grado de inflamación utilizamos la irradiación global una hora o filtramos con 1|10 y 2|10, dejando la placa 2 a 4 horas.

Hipertricosis. — La hipertricosis no es una afección de la piel... pero para las portadoras de barbas de zapador, la deformidad es peor que una dermatosis, por cuanto las afecta moralmente más. Cuando el bigote y la barba son abundantes y constituídos por pelos verdaderos y no por vello, aceptamos hacer el tratamiento, que da brillantes resultados, porque son definitivos y, sobre todo, porque no afectan la vitalidad de la piel. Esta no se atrofia de una manera sensible y sólo se puede percibir una que otra pequeña telangiectasia fina, realmente despreciable, al año del tratamiento.

Hacemos casi siempre dos aplicaciones de 24 horas cada una, empleando la ultrapenetración, filtrando con 3 y 4 mm. de plomo y un espesor igual de papel negro para absorber los rayos secundarios de Sagnac, que se originan al atravesar los rayos los filtros de metal, y que son muy irritantes.

Pelada. — La pelada ofrece halagadoras perspectivas de curación, mediante el empleo de dosis irritantes, como se suele hacer con los rayos X.

Empleamos la irradiación global durante 20 o 30 minutos. Hemos asistido a crecimientos rápidos de pelo, pero también hemos tenido casos en los cuales aquélla no ha dado ningún resultado.




N.o 16 — Lupus vulgar vegetante



N.o 17 — Lupus vegetante curado



N.o 18 — Lupus vulgar



N.o 19 — Lupus vulgar curado

No se deben hacer aplicaciones muy seguidas, porque pueden sobrevenir atrofias cutáneas desagradables.

Pruritos circunscritos con liquenificación. — El liquen simplex o prurito circunscrito con liquenificación, constituye un éxito para el radium. Todos sabemos cuán difícil es mejorar, con tópicos, a una piel espesada por el *grattage.* Pues bien: la irradiación devuelve a la piel traumatizada su aspecto y consistencia normal.

Empleamos la dosis global, con 15 a 20 minutos de exposición, repitiéndola cada semana, hasta ver un resultado.

Pruritos. — Algunos pruritos localizados, como son los anovulvares y escrotales, a veces tan tenaces, tan rebeldes a toda medicación, y, sobre todo, de una molestia tan escandalosa, ya que el desgraciado enfermo, para aliviar la feroz picazón que lo persigue, se rasca con furor, aún en público, en cualquier parte donde lo sorprende el acceso, esos pruritos, decimos, por crónicos que sean, se calman y se curan con notable rapidez.

Recordamos siempre un prurito ano-vulvar, que obligaba a la enferma a mantener noche y día, sobre esas regiones, una esponja humedecida a cada instante. Ningún tópico conocido la aliviaba.

No era diabética, ni presentaba ninguna afección que explicase ese prurito, que databa de 20 años atrás, con períodos de exacerbación, como el que teníamos que tratar.

Tres aplicaciones seguidas, de irradiación global, en sesiones de 5 minutos, hicieron desaparecer el prurito vulvar. El prurito anal necesitó 4 aplicaciones más.

Hemos observado un fenómeno curioso en algunos de estos casos. Después de la primera serie de aplicaciones radioactivas, el prurito es reemplazado por una hiperestesia pasajera.

El enfermo siente que los puntos irradiados son sensibles, ligeramente dolorosos al tacto.

Este fenómeno desaparece pronto. Diremos, de paso, que lo hemos comprobado asimismo en los puntos neurálgicos tratados con esta terapia (neuralgia supra orbitaria, ciática, etc.).

Noevi. — Sin entrar en la clasificación minuciosa de los nœvi, distinguiremos dos grandes clases: los angiomas y los nœvi pigmentarios. Los primeros son planos o cavernosos (eréctiles), y esa diferencia entraña técnicas distintas que hay que conocer.

a) Angiomas planos. — Los angiomas planos son más o

menos profundos, pero eso tiene menos importancia que su coloración.

El tinte puede ir del rosa pálido al violáceo oscuro, pasando por todos los matices intermediarios: rojo vivo, rojo vinoso, etc., y es curioso el hecho de que cuanto más oscuro es el angioma, mejores resultados se obtienen, sin duda por el contraste.

En efecto: los *angiomas pálidos* apenas si valen la molestia de tratarlos, porque se pueden disimular con un artificio de *toilette*, y no creemos que la cicatriz blanquecina anacarada, que se obtendría en esos casos, sea estéticamente superior a la leve mancha rosada del angioma mismo.

Los *angiomas planos violáceos* se decoloran bien y se llega a obtener una superficie apenas rosada, que siempre resulta más aceptable que la que se obtendría, anacarada, si se extremase las aplicaciones.

Hay que tener en cuenta siempre, que un angioma irradiado, va decolorándose aún después de transcurridos muchos meses de la última aplicación.

Hacemos sesiones de 6 horas, filtrando con 1|10 o 2|10 de mm. de plomo, según el matiz que tiene la malformación y el resultado que buscamos.

Hay que tener especial cuidado de tratar un poco más allá de los bordes de la mancha, porque éstos ofrecen ulteriormente muchas dificultades, si se han descuidado al principio.

b) Angiomas cavernosos. — Estas formas son el triunfo de la radiumterapia, pues el resultado es constante.

Cuanto más joven es el paciente, más fácil será obtener la desaparición del tumor. Hemos visto angiomas cavernosos ceder a pocas complicaciones, en los lactantes, al paso que angiomas similares resisten, tanto más cuanto mayor es la edad del portador. Esto subraya la importancia de un tratamiento precoz.

Por otra parte, el profesor Gaucher ha señalado la frecuencia de la transformación neoplásica de los nœvi situados en el cuero cabelludo; esta observación no permite demorar el tratamiento.

La acción efectiva que tiene el radium, sobre el tejido vascular de neoformación, explica la constancia de los resultados obtenidos.

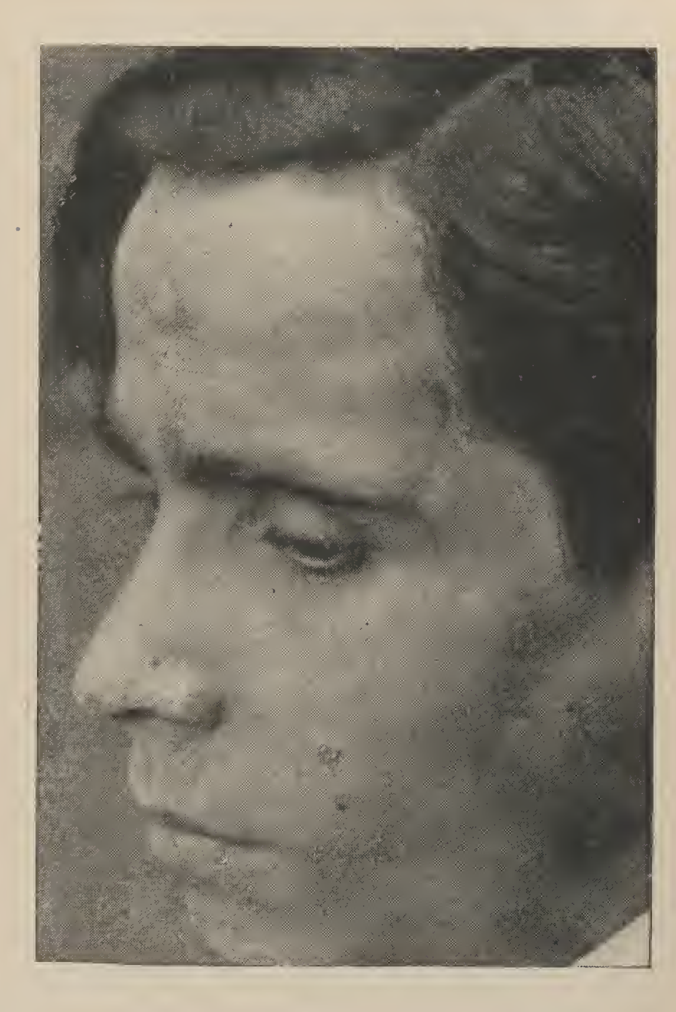
Irradiamos en profundidad, respetando la piel, a pesar de que ésta esté casi siempre invadida, cuando se trata de tumores subcutáneos. Utilizamos las placas durante 6 horas, con





N.os 20 y 21 — Lupus vegetante





N.os 22 y 23 — Lupus vulgar

un filtraje de 3|10 o 4|10 de mm. de plomo, con un intervalo de una semana, y en series de 5 aplicaciones.

Esperamos luego 2 o 3 meses y reanudamos el tratamiento en la misma forma, si es menester.

Cuando el angioma cavernoso es grande y muy saliente, empleamos el método preconizado por Wickham y Degrais, esto es, el fuego cruzado, que consiste en concentrar en la profundidad de la malformación, la irradiación emanada de dos placas puestas en ángulo diedro, o vis a vis, tumor por medio. De esta suerte, se suman las irradiaciones en la intimidad del angioma, resultando una acción más potente en profundidad y, desde luego, una menor irritación de la piel.

El radium tiene una indicación precisa, sobre todo en los angiomas situados en puntos incómodos para otra terapia, como los rayos X, esto es, en los párpados, ángulo del ojo, labios, vulva, etc.

c) Noevi pigmentarios. — En esta clase de malformación ya no se trata de conseguir una modificación biológica, cosa de todo punto imposible. Aquí tenemos que destruir la capa epidérmica, que genera el pigmento.

Esto se obtiene produciendo una fuerte radiumdermitis impetiginoide, que se consigue mediante la aplicación de placas sin filtraje, irradiación global, durante 2, 3 o 4 horas.

Frecuentemente esos nœvi son hipertricósicos. Se terminará, pues, la curación con una aplicación de 24 horas, pero filtrando entonces con 3 mm. de plomo.

La cicatriz que se obtiene es menos bella que la consecutiva a los angiomas, pero, de cualquier modo, es siempre estéticamente mejor que la mancha negruzca y a veces "piel de chancho", de esos nœvi.

La atrofia de la piel es también mayor que la consecutiva al tratamiento de los angiomas.

Keloides. — Las cicatrices keloides son tanto más favorablemente influenciadas cuanto más vascularizadas y jóvenes son.

Sin embargo, las keloides antiguas, fibrosas y duras, ceden también, aunque con mayor dificultad, al tratamiento radioactivo. Esta malformación necesita ser tratada con repetidas sesiones de radium, pues, por ser un tumor benigno, que afecta más a la estética que a la salud (salvo cuando son dolorosas), puede procederse con lentitud, siendo así los resultados mejores.

Según el espesor de la keloide, empleamos filtros de 1|10 o de 2|10 de milímetro de plomo, irradiando durante 4, 6 o 12

horas. Repetimos cada 8 o 15 días, hasta aplanar completamente el tumor.

El dolor que algunas keloides producen, desaparece desde la primera aplicación.

Como se trata de malformaciones fibro-conjuntivas vasculares, al principio, por lo menos, suelen reducirse rápidamente. Pero si son keloides ya viejas, en las cuales el elemento vascular ha sido estrangulado por el tejido fibro-conjuntivo, será menester asociar a la radiumterapia un procedimiento que nos ha dado siempre buenos resultados. Queremos hablar de las escarificaciones cuadriculadas, múltiples y profundas.

Estas escarificaciones casi no son dolorosas y son bien toleradas por los enfermos. Poseen la ventaja inapreciable de abreviar el término de la curación y de dejar una superficie cicatricial admirable. Hay que practicarlas inmediatamente antes de aplicar la placa radioactiva.

Esclerodermia. — La esclerodermia, cuando no tiene muy vastas proporciones, es curable por el radium.

Seguimos la misma técnica que la empleada en los keloides, salvo las escarificaciones, que no nos parecen necesarias.

Lupus eritematoso. — Existe un buen procedimiento terapéutico para tratar los lupus eritematosos. Es la nieve carbónica.

Pero ciertos pacientes no aceptan continuar sometidos a ese tratamiento, porque sus lesiones reaccionan con violencia a las aplicaciones, o porque consideran a éstas como muy dolorosas.

En tales circunstancias, ensayamos el radium, con ventaja, en sesiones de 1 a 1 y 1|2 horas de irradiación global, según el grado de hiperkeratosis existente.

En la gruesa costra de reacción, una vez caída, se descubre una superficie rosada, lisa, que poco a poco palidece y se hace cicatricial.

Algunas veces se necesitan dos o tres aplicaciones para conseguir la curación, que se mantiene. Hecho de notar: rarísima vez se observan recidivas en los puntos tratados. Los incidentes de esta terapia son las telangiectasias y las areolas pigmentadas ulteriores, que se pueden remediar merced a la acción exfoliativa de las escarificaciones múltiples superficiales.

Lupus tuberculoso. — Las manifestaciones tuberculosas cutáneas son muy sensibles a la acción del radium y tanto más sensibles cuanto más vegetantes son.

De los lupus vulgares, el de la nariz es el más frecuente y el más mutilante. Hasta ahora teníamos la escarificación como recurso heroico para detener el proceso ulceroso en su marcha. Pero la escarificación, en estos casos, es un método sangriento y doloroso, que exige, además, mucha práctica, para dar resultados rápidos.

Con el radium detenemos y hacemos retroceder el lupus *exedens* en pocos días. En dos meses y medio de tratamiento el tejido ulcerado, granuloso, "friable", desaparece, dejando en su lugar una superficie lisa y ligeramente pitiriásica.

Pocas sesiones bastan para conseguir ese resultado.

Utilizamos las placas radioactivas con un filtraje moderado y las dejamos aplicadas de 6 a 8 horas.

Recordamos que los enfermos de lupus de la nariz tienen siempre lesiones de las fosas nasales. No hay que descuidar, por lo pronto, esos puntos, y siempre acompañamos la irradiación externa con otra interna, mediante el empleo de tubos.

Esta aplicación en las fosas nasales suele acarrear sorpresas, cuando el lupus, vegetante, invade la bóveda palatina también. En algunos casos hemos visto a la irradiación manifestar su poder a través del paladar óseo y volatilizar las fungosidades lúpicas de la bóveda palatina.

El lupus vegetante no resiste al agente radioactivo, aún a cierta distancia. Hemos visto así una masa fungosa lúpica, de laringe (que coexistía con otra, enorme, de párpados), fundir en breves sesiones. El resultado fué tanto más impresionante, cuanto que el joven enfermo estaba en inminencia de asfixia y vigilado para poder practicar inmediatamente una traqueotomía.

Este enfermo fué curado con dos aplicaciones externas sobre la región laríngea, en sesiones de 8 horas, empleando un filtraje adecuado. De esto hace 4 años y meses, sin producirse recidiva.

El lupus vulgar, no ulceroso ni vegetante, sufre la misma influencia curativa, mediante el radium, y siguiendo una técnica más o menos igual a la del lupus ulceroso.

Otros procesos bacilares, como las tuberculosis verrucosas, las tuberculides pápulo-necróticas, las adenitis bacilares, responden fácilmente al agente radioactivo, con mayor o menor rapidez y constancia. Igualmente los gomas dérmicos tuberculosos. No insistimos; la técnica es siempre parecida en todos estos casos.

Lo que llama la atención es el aspecto de la cicatriz, lisa y hermosa, sin bridas fibrosas.

La seborrea concreta senil puede ser tratada eficazmente con nieve carbónica. Sin embargo, algunas formas ya más preepiteliomatosas, menos superficiales, merecen ser destruídas por el radium, debido a la acción más profunda que puede desarrollar este elemento.

Aplicamos la irradiación global de preferencia, pues la costra, más o menos espesa, de la seborrea concreta, puede considerarse como un débil filtro. Con 2 horas de aplicación, en una sola vez, se termina generalmente con ese enojoso vecino.

Una serie de pequeños tumores benignos, como las verrugas, las vegetaciones, papilomas, botriomicomas, etc., son destruídos fácilmente mediante la irradiación global aplicada durante 1 o 2 horas.

Los callos ocupan, es cierto, un bien modesto sitio entre las lesiones dermatológicas y se vengan de su humildad, fastidiando a veces enormemente a sus infelices portadores.

¡Hasta ahora eran del dominio del pedícuro, y seguirán siéndolo; no nos oponemos a ello.

Sin embargo, cuando el callo es muy doloroso, u ocupa puntos hipersensibles, como ocurre con los subungueales, que constituyen verdaderos suplicios chinos, intervenimos con el radium, el que, en 2 aplicaciones de 12 horas, a 15 días de intervalo, produce, casi matemáticamente, la eliminación de tan desairada lesión, y esto de una manera definitiva. Filtramos con 4|10 de mm. de plomo, y cuidamos mucho de proteger con un diafragma, también de plomo, las partes sanas vecinas.

Terminaremos mencionando la acción positiva que tiene el radium sobre las formas tuberculosas de la sífilis terciaria, de la lepra y sobre las formas tumorales de la micosis fungoide.

En las dos primeras, funden rápidamente las lesiones, ayudando al tratamiento interno, a veces tan lento.

Naturalmente, en estos casos, el agente físico no tiene otro objeto que el de hacer desaparecer lesiones visibles, y sólo las tratamos cuando invaden las partes descubiertas, como la cara, el cuello y las manos.

En la micosis fungoides el radium da excelentes resultados, pero no parecen superiores a los que dan los rayos X.

CONCLUSIONES

1.º La radiumterapia cutánea es factible cuando se puede disponer de grandes superficies radioactivas.

2.º Ella constituye un método de primer orden, por la acción electiva que tiene sobre los capilares neoformados y sobre las células anormales de la piel.

3.º En ciertos casos no tiene otro valor que el que puede tener un tópico medicamentoso, en cuanto a la curación se refiere, con la única ventaja de ser más rápido, quizá, menos molesto y porque, debido a su acción biológica, aleja las recidivas.

4.º No determina accidentes, sobre todo en las afecciones superficiales. Los únicos inconvenientes que se manifiestan ulteriormente a un tratamiento prolongado, son un grado más o menos apreciable de atrofia cutánea, telangiectasias y pigmentaciones. Estas dos últimas desaparecen espontáneamente por lo general, sea con escarificaciones múltiples, cuadriculadas, superficiales.

5.º Las cicatrices que se obtienen (consecutivamente al tratamiento de los angiomas, lupus, keloides, por ejemplo), son elásticas y blanquecinas.

6.º Las aplicaciones son indoloras, lo que permite el tratamiento de los pacientes pusilánimes o en los niños.

7.º La acción del radium se aprecia rápidamente, sea por la desaparición de los fenómenos subjetivos (prurito, dolor), sea por la de los fenómenos objetivos.

8.º A nuestro juicio, la radiumterapia cútánea tiene indicaciones precisas en las siguientes afecciones: eczema liquenificado, prurito circunscrito con liquenificación, pruritos anales, vulvares, escrotales, rinofima, seborrea, sicosis, hipertricosis, angioma cavernoso eréctil, keloides, lupus tuberculoso exedens, tuberculosis verrucosa, gomas tuberculosos dérmicos, verrugas, papilomas, callus.

9.º Muchas otras afecciones cutáneas son susceptibles de curar con la radiumterapia, pero con otros métodos físicos se pueden obtener iguales resultados.

10. A medida que se obtengan mayores superficies de irradiación, mayor será el número de afecciones dermatológicas que podrán ser tratadas, con probabilidades de éxito.

DISCUSION

Mario Simeto (Montevideo). — Dice que su experiencia está enteramente de acuerdo con los resultados expuestos por el doctor Jonquières.

Fernando Terra (Río de Janeiro). — Permitta o Dr. Ed. Jonquières que manifeste o grande prazer, que tive ao ouvir a leitura do seu trabalho, com cujas idéas estou de pleno accordo. Apenas em algumas pequenas questões a minha observação aparta-se ligeiramente do seu módo de pensar. Tenho grande confiança no emprego do radium no tratamento do lupus erythematoso, mas tenho visto, que é elle, entre nós, de grande duração. Alem d'isso o effeito é muito mais seguro, quando, simultaneamente, se fazem injecções de tuberculina, tendo nós usado, em geral, a tuberculina Fontes, do Rio de Janeiro. É a unica restricção que tenho a fazer. Quanto ao cheloide, considero-o como curavel exclusivamente pelo radium, que não só determina o desapparecimento dos tumores (em prazo variavel), como impede a sua reproducção, o que se dá com outros meios, principalmente com a intervenção cirurgica.

Sueroterapia y vacunoterapia en la blenorragia y sus complicaciones

POR EL DR. VÍCTOR IDOYAGA (Asunción)
Presidente de la Delegación Médica del Gobierno del Paraguay
Delegado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Asunción

SUMARIO

Introducción — Ideas actuales sobre la morfología — Coloración — Cultivo y propiedades bioquímicas del gonococo de Neisser — Precursores de la suero-vacunoterapia antigonocóccica — Descripción sumaria de las diferentes vacunas empleadas hasta hoy — Vacuna Blay, del Instituto Clínico-Biológico de Asunción — Técnica de su preparación — Propiedades que debe reunir una buena vacuna antigonocóccica — Sueroterapia antigonocóccica — Sus precursores — Sueros empleados actualmente — Ligera reseña clínica — Conclusiones.

La terapéutica de la blenorragia ha hecho enormes progresos, como la de la sífilis, de 20 años a la fecha, con el descubrimiento de nuevos procedimientos de tratamiento y diag-

nóstico; y parecería que la lucha antivenérea haya recibido un estímulo poderoso, con estas nuevas prácticas, dado el hecho de que los Congresos de Venereología se suceden con frecuencia, y en todos ellos se debate, se estudia y se llega a conclusiones definitivas sobre muchos de los problemas que interesan a la medicina social.

Y es por esto, seguramente, que el Comité de Organización del II Congreso de Dermatología y Sifilografía hace figurar como tema de preferencia en las deliberaciones de su Asamblea, la *sueroterapia y vacunoterapia en la blenorragia.*

En cuestiones estudiadas por especialistas eminentes, de ambos continentes, nosotros no aportaremos nada demasiado nuevo, pero sí algunas conclusiones prácticas, como resultado de nuestras investigaciones en este ramo de la medicina, a la que hemos dedicado nuestra predilección.

Las ideas en materia de vacunoterapia en general y especialmente en la blenorragia, han ido evolucionando paulatinamente, desde la aplicación de la primera vacuna contra esta afección; pues el hecho de encontrar el agente o el microbio de una enfermedad y fabricar su vacuna con su agente específico, para emplearlo como agente terepéuco, y que tantas ilusiones ha despertado al comienzo, hoy se van desvaneciendo; desilusión que no constituye de ninguna manera un retroceso en la prosecución de las investigaciones científicas.

Al contrario, nuevos empeños, nuevos esfuerzos alientan en esta perspectiva tan brillantemente abierta por el genio de Pasteur. Los estudios modernos se dirigen exclusivamente a la mejor investigación, al perfeccionamiento de los métodos, a conocer perfecta y previamente el agente microbiano, su especificidad, sobre todo, para luego adaptarla y convivirla a procesos y leyes biológicas, que, hoy perfectamente conocidas, sirven de guía a la suero-vacunoterapia.

Y especializándonos en el gonococo de Neisser, su monoespecificidad, hoy ya se llega a poner en duda; diplococo banal en las vías respiratorias, o en la mucosa digestiva, sería gonococo virulento en la uretra y vías urinarias, vulva y vagina de las vírgenes.

Su morfología se confunde actualmente con una variedad inmensa de diplococos y, para no citar sino el *meningococo,* agente de la meningitis cerebro-espinal, y cuya sueroterapia se ha empleado, ha mucho tiempo, con éxito en la gonococcia.

Y el Gram parece que fija el gonococo igualmente en una de sus evoluciones de virulencia; el Gram, que es prueba de Laboratorio, hasta hoy, más decisiva para la individualización del mismo.

Y en cultivos y otras propiedades bioquímicas, nuestro gonococo se confunde igualmente con especies distintas.

Aún más; el gonococo no es sólo agente que produce la uretritis gonocóccica con su séquito de complicaciones. Una importancia preponderante se atribuye actualmente a sus asociados microbianos. Y así nuestras ideas y convencimientos de antaño, se han ido trocando paulatinamente: ayer no más, el gonococo, sólo microbio que producía la blenorragia; hoy, también el diplococo catarralis y el enterococo pueden producir igual cosa.

El Gram fijaba el gonococo hace un momento; ayer, sus cultivos y sus colonias le eran peculiares; actualmente, lo despojan de esta propiedad igualmente.

La desaparición del gonococo, tenaz y porfiado, que tanto ansiamos en nuestros viejos enfermos de uretra, no la celebramos ahora como triunfo; el estafilococo y los otros diplococos continúan su obra en el canal, con más tenacidad que los del primero. Y estos son sus asociados, pero con acciones y dividendos si no iguales, por lo menos superiores.

He aquí, pues, las condiciones que han modificado totalmente nuestras ideas actuales sobre la sueroterapia y vacunoterapia antigonocóccicas, desde la época de Wright.

No entra en nuestras ideas el estudio detallado de tema tan importante y tan bien precisado por especialistas distinguidos; las revistas médicas extranjeras nos traen diariamente colaboraciones y trabajos en los diversos aspectos de la cuestión que nos ocupa, en formas completamente nuevas.

Nuestra colaboración es, exclusivamente, desde el punto de vista de los resultados clínico-terapéuticos, que nuestra práctica profesional nos ha dado al hacer uso de tan precioso recurso biológico.

Sin embargo, en el transcurso de nuestra exposición, iremos tratando, con detalles muy sumarios, lo que se relaciona muy íntimamente con este importante tema.

Y, sin entrar en detalles sobre los principios fundamentales de la inmunidad, tanto natural como adquirida, de la cual es corolario el de la vacunación, es con Jenner que, en 1798, inoculando el *cow-pox* a la especie humana, para preservarla

de la viruela, aparecen las primeras tentativas sobre la vacunación preventiva.

La ciencia médica ha tenido que esperar, sin embargo, casi el transcurso de un largo siglo, para ver aparecer la figura más grande de la época y de su ciencia, con el genio de Pasteur, que, — al descubrir los microbios y consecutivamente a ellos, sus investigaciones sobre inoculación del virus carbuncloso y virus rábico en 1880, abriendo paso definitivamente a la nueva era científica, — tantos beneficios ha aportado a la humanidad doliente.

Descubierto este mundo maravilloso de los microbios y beneficiada la humanidad con sus primeros frutos, genios no menos ilustres continúan los trabajos del sabio francés; Roux y Jersin descubrieron la toxina diftérica, que Behring y Kitasato emplearon más tarde como tratamiento preventivo de la terrible difteria de los niños.

Y así sucesivamente; Wassermann, en la gonococcia; Frankel en el tifus; Koch, en la tuberculosis, hacen las primeras tentativas de la vacunación como tratamiento curativo en estas mismas enfermedades. Y con Wright, sobre sus trabajos sobre las opsoninas y el índice opsónico, la vacunoterapia entra definitivamente en el dominio y en la práctica corriente de la terapéutica, para el tratamiento de enfermedades específicas.

El hecho fundamental sobre el cual está fundado el principio de la vacunoterapia, es que, introduciendo en el mismo organismo animal, bacterios vivos, atenuados en su virulencia o muertos, provocan en el mismo organismo, según la teoría de las cadenas laterales de Ehrlich, sustancias que, circulando en la sangre, dan lugar a la formación de anticuerpos específicos, libres en el suero sanguíneo y utilizables para inmunización o curación de la enfermedad causada por la misma especie microbiana, introducida en este organismo al producir las estimulinas de Metchnikoff; las opsoninas de Wright, o los amboceptores de Ehrlich. Es el hecho de la vacunación o *inmunización activa*. Por el contrario, la seroterapia en general está basada en el hecho de que, introduciendo en el organismo animal bacterios vivos, atenuados o muertos, y recogidos más tarde del suero mismo, este suero tiene o presenta reacción de anticuerpos específicos contra los bacterios que acaba de introducirse, es decir, que inyectado en el organismo de otro animal, portador de los mismos bacterios, los destruirá muy fácilmente.

Es la *inmunización pasiva,* pues el organismo no ha intervenido en la formación de anticuerpos.

Basados en estos hechos fundamentales, Wright emplea, por la primera vez, la vacuna antigonocóccica, y Roger (1906), el suero antigonocóccico en la blenorragia y sus complicaciones.

Pero, desde Wright y Roger hasta la fecha, la terapéutica antigonocóccica, por sueros y vacunas, se ha enriquecido grandemente, por la multitud de trabajos de orden clínico y biológico y la variedad de sus sueros y vacunas de uso hoy ya muy corriente.

Y era en 1913, que, en la clínica de Necker, asistíamos a una lección magistral del profesor de Urología, doctor Legueu, sobre las vacunas en las gonococcias, en donde aquel sabio profesor, con la precisión matemática que caracteriza a los sabios franceses, hacía, por primera vez, el resumen de sus observaciones sobre este asunto, ya de tanta actualidad en aquel entonces. Las conclusiones, sobre tres variedades de vacunas empleadas por él, no fueron muy halagadoras para la uretritis blenorrágica, propiamente dicha; pero sí en la mayoría de sus complicaciones: epididimitis, prostatitis y reumatismo blenorrágico. Era la primera confirmación de la vacunoterapia antigonocóccica, en Francia.

Sin embargo, desde aquella fecha y un poco antes, ya los trabajos y observaciones se han multiplicado; unos basados en las diferentes modalidades de preparación de las vacunas y los sueros; otros en el estudio de la morfología, cultura, localización del gonococo y sus asociados.

Así es que, antes de ir más adelante, describiremos sumariamente las diferentes clases y modalidades de preparación de las vacunas antigonocóccicas, antes de llegar a las conclusiones de orden clínico.

La primera especie, hemos dicho anteriormente, es la vacuna de Wright (Stock vacuna), que, como su nombre lo dice, no es sino una suspensión de gonococos en agua salada (8 por 1,000), teniendo por origen una cultura joven, sobre medios sólidos. Se destruye o atenúa la vitalidad del germen por agentes físico-químicos, para obtener la vacuna. Luego es dosificada y repartida en ampollas para usos terapéuticos.

Esta vacuna es heterógena, es decir, con gonococos recogidos de cualquier fuente microbiana gonocóccica, al contrario de las *autovacunas,* en que los gérmenes son recogidos del mismo sujeto enfermo.

Las primeras vacunas fabricadas eran igualmente monomicrobianas; sólo el gonococo estaba en causa.

Hoy, mejor estudiadas las modalidades de especificidad, su morfología, cultura, colaboración y asociación microbiana, la mayoría de las vacunas que se fabrican son polimicrobianas.

Pertenecen al grupo de las vacunas monomicrobianas las vacunas antigonocóccicas del Instituto Paulista de Biología y la Bacterina gonocóccica de los señores Parke, Davis y Cía., etc., etc.

Al grupo de las vacunas polimicrobianas pertenece la bacterina gonocóccica de esta misma fabricación.

Pero, en cualquiera de las formas que se emplee el gonococo (stock o autovacuna), hay que hacerlo tolerable por el organismo, transformándola en sustancia atóxica, para la cual se modifica su virulencia, ya sea por agentes físico-químicos, o por un suero antimicrobiano correspondiente.

En el primer caso los gonococos están *atenuados* o *muertos*, y en el segundo caso, sensibilizados. Se destruye el gonococo por el calor (Wright), por el frío (Demonchy), por los rayos ultravioletas (Renaut), por el ácido fénico (Mauté), por el floruro de sodio (Nicolle), etc., etc.

Las vacunas sensibilizadas vivas (Besredka), se preparan, como hemos dicho, poniendo en contacto el gonococo con su suero antimicrobiano correspondiente. He aquí cómo se procede según este método, modificado por Cruveillier: intervienen en su formación tres elementos: una cabra es inmunizada con gonococos vivos; cultivo de gonococos sobre gelosa-ascitis. Son los dos primeros elementos. Los gonococos de la cultura son luego puestos en contacto con el suero de la cabra inmunizada. El gonococo fija entonces sobre sí mismo el anticuerpo contenido en el suero; se fija como una combinación química, dando lugar a un elemento nuevo, que constituye el elemento de la vacuna. En resumen: es una combinación de sero-vacunoterapia antigonocóccica, sobre la cual está basada la vacuna de Cruveillier.

Con los principios y métodos precedentes, tenemos la gran variedad de vacunas antigonocóccicas ya conocidas, pero, de día en día, van apareciendo otras nuevas, entre las cuales aún tenemos: la vacuna de Renaut (esterilizada), de las culturas por los rayos ultravioletas. El artigón (conservado con sustancias antisépticas); el Dmegón (emulsión de floruro de sodio), con una mezcla de gonococos y de sinococo, este último compañero habitual del gonococo; el lipogón, o lipovacuna de Moignig, cultura de gonococos muertos por el frío e incorpo-

da a un medio aceitoso; la serobacterina Neisser, pura o mixta, vacunas sensibilizadas de gonococos puro o polivalentes; la vacuna antigonocóccica de Bruschettini (vacuna polimicrobiana); la entero-vacuna de Lumière y Chevrotier (píldoras queratinizadas, conteniendo tres millares de microbios cada una), etc.

En el Instituto Clínico Biológico Blay, en el Paraguay, nosotros hemos empleado, con mucho éxito, en el Hospital Militar Central y clínica particular, la autovacuna Blay, cuya técnica de preparación es la siguiente:

Aislar del organismo enfermo el agente patógeno, y obtener con él un cultivo reciente, en el medio mejor para cada microorganismo, ya sea en agar, suero, ambos mezclados, agar sangre, suero sangre, agar líquido ascítico, etc.

La edad que debe tener el cultivo para proceder a la vacuna es distinta, según los diferentes agentes infecciosos; en general, un cultivo de gonococo debe tener de 36 a 48 horas, de 48 a 74 horas un cultivo de estreptococos o meningococos, etc., aprovechando así la virulencia del mismo.

El cultivo reciente se diluye en 2 o 3 cc. de solución fisiológica esterilizada, para lo cual se va llenando la capa microbiana con un asa de platino previamente flameada con mucho cuidado a la disolución de sal. De este modo se produce una emulsión de bacterias en la disolución salina. Esta se vierte en un tubo de ensayo esterilizado, el cual contiene algunas perlas de vidrio, y, por último, se estira a la llama de un mechero, de tal modo que adquiera de forma de una X.

Cerrado el tubo de ensayo, se agita intensamente con la mano, durante 15 o 20 minutos, hasta conseguir homogeneidad en la suspensión bacteriana; se rompe la punta del tubo, se toma unas gotas de la emulsión microbiana, para hacer el contaje de las bacterias, y se hecha en un vidrio de reloj.

El tubo de ensayo se vuelve a cerrar de nuevo y se esteriliza a 62º, en baño maría, durante una hora y media.

La determinación cuantitativa de bacteria se hace siguiendo una técnica diferente a la indicada por Wright, por creerla más aproximada.

Se toma sangre desfibrinada de carnero, se hacen tres lavajes con solución fisiológica y, mediante el cuenta-glóbulos de Thom, se determina la cantidad de glóbulos rojos que hay en 1 cc. Con una pipeta calibrada al milésimo de centímetro cúbico, se aspira una milésima de cc. de la emulsión bacteriana, en seguida 9 milésimas de cc. de suero fisiológico y, por último, 5 milésimas de la emulsión globular.

En un vidrio de reloj se deposita el contenido de la pipeta

y, después de conseguir la mezcla, se vierte una gota de un porta-objetos, la cual se fija y se colorea con el colorante apropiado para cada microorganismo, en general, con la tionina fenicada, en el gonococo, por el método de Frani, etc. Se cuenta un determinado número de glóbulos rojos sanguíneos y del propio modo el número de bacterias que se encuentran en los campos microscópicos examinados.

Por comparación de ambas cifras y teniendo en cuenta las disoluciones, se puede fácilmente determinar el número de bacterias contenidas en un volumen determinado de la emulsión bacteriana madre. Ejemplo:

Tenemos una emulsión globular cuyo recuento nos ha dado, por ejemplo, 250 millones de glóbulos rojos por cada centímetro cúbico.

Se mide exactamente 0.001 cc. de emulsión bacteriana, más 0:009 de emulsión fisiológica, más 0.005 cc. de emulsión globular; sabemos que le corresponde 50 mil glóbulos rojos.

Hago ambos recuentos y sean éstos, en 8 campos:

Coloreo de glóbulos rojos	Bacterias
45	37
52	41
68	65
22	11
36	27
31	75
21	62
44	79
299	397

Así tenemos que 299 glóbulos rojos corresponden, aproximadamente, a 397 bacterias: por lo tanto, podemos establecer la proporción: 299 glóbulos rojos : 397 bacterias :: X : 50,000 glóbulos,

$$X = \frac{299 \times 50{,}000}{397} = 37{,}657$$

el cual, multiplicado por 15, el total del número del cual partimos, $37{,}657 \times 15 = 564{,}855$, o sea el número de bacterias

contenidas en una millonésima de cc. y, por lo tanto, 564,855 × 1,000 = 564.855,000, será el contenido de 1 cc. Diluciones para dividirlas en las ampollas, en las proporciones aproximadas deseables.

Supongamos que necesitamos una vacuna que corresponda aproximadamente a las siguientes cantidades:

500.000,000
250.000,000
125.000,000
62.500,000

Sabemos que 1 cc. de la emulsión madre de bacterias contiene 564.855,000 gérmenes: por lo tanto, la primera cantidad necesita diluirlo en la proporción de 0.9 cc. de emulsión bacteriana, con 0.1 de solución fisiológica, para no complicar la operación, puesto que de los cálculos teóricos resultan 502.094,000.

La segunda cantidad se obtiene diluyendo 0.45 de emulsión madre con 0.55 de suero fisiológico, y así sucesivamente hasta obtener el de menor proporción, y otra porción, sin necesidad de calcular para testigo.

Una vez llenas las ampollas se cierran las puntas y se tindalizan en baño maría a 60°, una hora diaria, durante dos días, al cabo de los cuales se siembra, en tubos apropiados, el contenido de la ampolla testigo, para asegurarse de la esterilización; si a las 24 o 36 horas no han desarrollado gérmenes, pueden ser ya empleadas las ampollas.

Tal es la variedad de vacunas con que cuenta la terapéutica antigonocóccica. Sean éstas autógenas, heterógenas, polimicrobianas, mono o polivalentes, todas deben llenar, más o menos, las condiciones siguientes para su aplicación terapéutica:

1.ª Ellas deben ser atóxicas, para prevenir los fenómenos locales y generales consecutivos a su aplicación.

2.ª Deben contener, en el menor volumen posible, suficiente cantidad de anticuerpos, para su mayor eficacia terapéutica.

3.ª Su dosificación debe ser lo más correcta posible, teniendo como unidad de medida 1 millón de bacterias; esta dosificación varía en las diferentes variedades enumeradas: de 1 millón a 1 millón de bacterias.

4.ª Su aplicación debe hacerse por dosis progresivas, que varían de 1 millón a 100 millones por cc.

5.ª Después de cada aplicación de la vacuna, debe medirse el índice opsónico del suero sanguíneo.

6.ª Como la determinación del índice opsónico es una operación difícil y delicada de laboratorio, en clínica, se debe tener en cuenta simplemente las fases negativas y positivas de la enfermedad, consecutiva siempre a las aplicaciones de cada vacuna.

Ante la impotencia terapéutica de cada una de las tantas variedades de vacunas antigonocóccicas, que hemos enumerado sucintamente, contra la localización más frecuente de la afección, la uretritis blenorrágica (aguda y crónica, sobre todo),—como más adelante veremos, al ocuparnos de los resultados clínicos,—los médicos especializados tentaron de introducir en el organismo humano un *anticuerpo* ya formado para producir una inmunización más rápida y activa; para lo cual se valieron de los sueros antigonocóccicos.

Crismats, en 1897, cuyo suero fué experimentado en clínica por Wassermann; Hogge, en Bélgica; Bruke, en Alemania, y otros autores americanos e italianos, experimentaron, igualmente, sobre sueros antigonocóccicos sin resultados no muy aparentes.

Es al profesor Torrey, del Laboratorio Experimental de la Universidad de Nueva York, a quien debemos las primeras tentativas eficaces en ese sentido. Torrey había procedido de la siguiente manera: su suero, proveniente de conejos, que habían sido inmunizados por inyecciones intraperitoneales, de cultivos de gonococo; el caldo peptonado de buey, adicionado de líquido ascítico. Después de 6 inyecciones sucesivas, el animal era considerado como suficientemente inmunizado; extrayendo luego la sangre y, consecutivamente, el suero, de las venas de las orejas del conejo; cada uno de los animales suministraba, más o menos, de 70 a 90 cc. de suero.

Y fué Roger, en 1907, quien aplicó por primera vez este suero antigonocóccico, en las complicaciones articulares de la blenorragia, con un éxito halagador.

Y Sterian, de Bucarest, cuyas ideas, muy transformadoras, sobre el gonococo, y sobre todos sus asociados microbianos, han cambiado paulatinamente, produciendo una verdadera revolución en las ideas clásicas que teníamos de la terapéutica, por los sueros y vacunas, antes de ahora. Este autor ha fabricado últimamente (1920) un suero antigonocóccico polimicrobiano con "el antígeno integral de las uretritis invadidas por la infección llamada blenorrágica a gonococos", por

hipermunización de ciertos animales, como el carnero y el caballo.

Y, actualmente, en Sud América, los Institutos Biológicos del Brasil y la Argentina han puesto en nuestras manos sueros de verdadero valor terapéutico; como el suero antigonocóccico del Instituto Paulista de Biología y el haptinógeno Gono-Méndez.

El suero antigonocóccico del Instituto Paulista de Biología, es preparado en diversas culturas de gonococos seleccionados y con autolizados microbianos que son conjuntamente inoculados en el peritoneo o en las venas del carnero, animal que se prefiere para inmunización. Después de varias inyecciones con dosís crecientes de antígeno y descanso de 8 a 10 días; luego sangría con la técnica habitual; el suero es recogido asépticamente. El dosaje de su valor terapéutico es hecho por el método de Debré y Paraf.

El haptinógeno-gono, cuya técnica de preparación no conocemos, pero cuyo efecto terapéutico está basado en la formación de haptinas en el organismo enfermo.

Y los americanos,—la casa Parke Davis y Cía,—nos ofrecen los filacógenos blenorrágicos, que, en realidad, son sueros bacterianos, preparados por el método Schafer. Son soluciones acuosas extendidas de las sustancias o productos metabólicos de bacterias desarrolladas en medio de cultivos artificiales. Se prepara así un filacógeno básico, cultivando diversos organismos patógenos en un medio apropiado, matándolos, y luego filtrando el todo sobre porcelana. Al filacógeno básico se agregan los filtrados específicos (gonococos, en nuestro caso), que se preparan de la misma manera que aquél, con la sola diferencia que en cada uno de ellos se encuentra representado el organismo específico correspondiente. Estos filacógenos se someten después a pruebas de cultivo para comprobar su esterilidad, y a pruebas fisiológicas para establecer su innocuidad.

Y la misma casa nos ofrece un suero antigonocóccico, como el suero antidiftérico, con la diferencia de que se emplean carneros padres en lugar de caballos para la inmunización.

¿Qué resultados ha dado hasta hoy la suero-vacunoterapia específica en las afecciones gonocóccicas?

Aparte de los brillantes trabajos que la Bibliografía médica extranjera nos ofrece, en cuya lectura catalogada hemos

puesto todo nuestro empeño, nosotros resumiremos en breves observaciones nuestra práctica y sus resultados.

Hemos empleado siempre las vacunas antigonocóccicas, dando preferencia a la del Instituto Paulista, la de Parke Davis y Cía. y al haptinógeno gono-Méndez.

Hemos tratado todas las afecciones gonocóccicas: uretritis aguda y crónica, prostatitis, espérmatocistitis, artritis, cistitis, en el hombre; uretritis, vulvovaginitis, metritis, salpingitis, en la mujer.

Y, como casos raros: una gonoccemia con localización endocardíaca, en el hombre, y una flebitis en forma de *flegmatia alba dolens,* en la mujer.

Y, como casos ilustrativos y pintorescos, mencionaremos brevemente algunas de las más interesantes.

En uno de ellos se trataba de una niña, que, seducida por un amante inescrupuloso, portador de una uretritis gonocóccica antigua, se presenta en nuestro consultorio, con una sintomatología que su pudor de mujer en nuevo estado, le hacía embarazoso el explicar los síntomas de una enfermedad que se le manifestó una semana después de las primeras relaciones sexuales. Manifestaba que algo que le abrasaba como un fuego, se le manifestaba en los órganos genitales y en el recto; aparte de un dolor y tumefacción de uno de los codos. Previo examen de las partes enfermas, estábamos en presencia de una vulvovaginitis, rectitis y artritis de uno de los codos del brazo, de origen gonocóccico, sin duda, pues conocíamos al amante inoculador.

En conversaciones retrospectivas llegamos al hecho de que en la primera noche de nupcias, además de las relaciones genitales normales, había complementado el todo, por otras extragenitales: el recto. ¡Pobre niña, que creía que todo ello no provenía sino del cambio de su estado! Fué tratada inmediatamente, y con rigor, a dosis masivas, por el suero antigonocóccico paulista, con resultados espléndidos; pues paulatinamente todas las complicaciones fueron desapareciendo, sin rastros siquiera de anquilosis de la articulación afectada.

Otro caso, no menos interesante que el primero, es el de otra señora recientemente casada, que pocos días después de su matrimonio, se presenta a nuestro consultorio privado, por una afección de las partes genitales, y una artritis muy dolorosa del hombro. Pero esta señora no atribuía sus dolencias a su cambio de estado; ella venía a hacerse curar y a pedirnos a nosotros, como médicos de la familia, nuestra intervención. en carácter de tales, en un proceso de divorcio que pensaba

iniciar contra su esposo, tres semanas después del matrimonio; le ofrecimos, previamente, nuestra intervención como médicos, para curarla de sus dolencias, y después el resto. Tratada, igualmente, con vacuna antigonocóccica del Instituto Paulista, la enferma mejoró y curó, olvidando después el divorcio.

Y otro tercer caso, sin historia conyugal o de seducción interesante, fué el de una señora que adquirió una artritis de la articulación cúbito-radio-carpiana, a consecuencia de su primera noche de nupcias. También curó sin anquilosis, por aplicaciones de sueros antigonocóccicos a dosis masivas (paulista).

Y otros diez casos más, catalogados en nuestro libro (hombres y mujeres), con complicaciones articulares todos. En dos de estos casos, con artritis blenorrágica de la articulación de la rodilla, llegamos tarde, sin haber podido impedir la anquilosis consecutiva, sobre todo en uno de los casos, que quedó con la expresada articulación en flexión forzada, quien se resignó a una operación restauradora de resección de las cabezas articulares.

En todos estos casos empleamos el suero antigonocóccico, a grandes dosis (paulista).

Un caso de gonoccemia con endocarditis, hipertermia considerable, estado general gravísimo, que se prolongó durante toda una semana, lo hemos tratado con haptino-gono-Méndez, con éxito halagador. Ha quedado, después de la enfermedad, con una anquilosis de las articulaciones vertebrales (espondilosis).

Otro caso, como rareza de complicación, es el de una pupila de una casa de tolerancia, a quien, después de una bartolinitis supurada, se le presenta una flebitis, que evolucionó en forma de *flegmatia albadolens*, curada completamente con suero antigonocóccico (paulista).

Otra pupila, con salpingitis gonocóccica y trastornos generales muy graves, igualmente tratada con vacuna antigonocóccica (paulista), con éxito.

Veinte casos de epididimitis blenorrágica, con vacuna antigonocóccica, la mayoría paulista. Dos de estos últimos con reacción febril elevada, después de la primera inyección (40° y 41° de temperatura), con estado general grave (fase negativa de la vacuna), según los autores. Reacción franca de curación después.

Doce casos de cistitis aguda, con sedación rápida de los dolores, de la hematuria y del tenesmo vesical.

Diez casos de prostatitis, con resultados satisfactorios.

Cinco casos de bartolinitis, con buenos resultados.

Y todos los casos de uretritis, agudas y crónicas, en los enfermos que piden la aplicación de la vacuna como medio coadyuvante del tratamiento clásico. Resultados muy dudosos. Ningún caso de uretritis hemos tratado exclusivamente con vacuna.

Sin embargo, la vacuna antigonocóccica Blay, del Instituto Clínico Biológico de Asunción, ha dado, en manos de su autor, según comunicación hecha por él mismo, los siguientes resultados, sobre 4 casos:

Caso N.° 1. — Blenorragia crónica, de 2 y medio años, tuvo epididimitis en un testículo; gonococos positivos cuando vino, dolores reumáticos en las rodillas, palpitaciones, cansancio, disminución de peso.

Vacuna. — 5, 10, 20, 40, 80, 120, 150, 200, 300 y 500 millones, en 6 y 7 días de intervalo.

Gonococos negativos. — Desaparecen los dolores reumáticos; desaparecen las palpitaciones; desaparece el cansancio, aumenta de peso y engorda y desaparece el pus.

Caso N.° 2. — Blenorragia crónica, de 3 años; gonococo positivo; uretritis y prostatitis.

Se queja de la próstata al hacer algún esfuerzo; dolores reumáticos en las articulaciones; cansancio.

Vacuna. — 5, 10, 20, 40, 80, 120, 150, 200, 300 y 500 millones.

Desaparecen los dolores reumáticos y prostáticos; no siente cansancio.

A los 15 días de hechas las inyecciones disminuye mucho el pus; gonococos negativos.

Caso N.° 3. — Blenorragia crónica, 2 años; uretritis con cistitis, epididimitis y prostatitis; hematuria, gonococos positivos.

Gran decaimiento, dolores prostáticos, pérdida de peso y enflaquecimiento.

Vacuna. — Igual que las anteriores.

Durante las inyecciones desaparecen los dolores prostáticos; a la sexta inyección vuelve a tener hematuria, que desaparece a la novena, para no repetirle; a los 15 días de la última inyección, engorda, aumenta de peso, nota mayores energías.

Gonococos negativos.

Continúa disminuyendo el pus.

Caso N.° 4. — Blenorragia crónica, de 2 y 1|2 años; epididimitis en los dos testículos; uretritis, cistitis, prostatitis;

gonococos positivos; pérdida de peso, enflaquecimiento, cansancio general.

Vacuna. — Igual que las anteriores.

Desaparece el cansancio, aumenta de peso y engorda; desaparece por completo el pus uretral. Se fué a Buenos Aires sin terminar las inyecciones; faltaban las de 300 y 500. En el mes de marzo vino a decirme que nada desagradable había notado después del tratamiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los trabajos de todos los especialistas, que nos han precedido en la práctica de la vacunoterapia y seroterapia antigonocóccica, y a los nuestros, llegamos a la conclusión de que este maravilloso medio terapéutico, es eficaz y de resultados francamente positivos, en las localizaciones siguientes de la afección, por orden de graduación:

1.° Artritis gonocóccicas.
2.° Epididimitis gonocóccicas.
3.° Prostatitis gonocóccicas.
4.° Cistitis gonocóccicas.
5.° Coadyuvante poderoso en el tratamiento de la uretritis aguda, pero de acción casi simplemente nula en las uretritis crónicas.

Y en las localizaciones gonocóccicas de los órganos genitales femeninos:

1.° Salpingitis.
2.° Bartolinitis.
3.° Metritis, y
4.° Coadyuvante poderoso en el tratamiento de las uretritis y vulvovaginitis.

Nuestras conclusiones confirman los estudios anteriores (Bruck), de que la vacunoterapia y seroterapia obran eficazmente sobre localizaciones de las blenorragias cerradas y es así nulo en las abiertas.

Agregaremos que siempre hemos dado preferencia, durante nuestro tratamiento, a los sueros antigonocóccicos, en los casos que se llaman *graves complicaciones*: artritis en el hombre y en la mujer, y salpingitis en la mujer; sueros antigonocóccicos que, en estos casos, hemos empleado a dosis masiva, en la misma forma que Dopter emplea su suero antidisentérico, en la disentería bacilar, porque únicamente así es eficaz para prevenir principalmente las anquilosis consecutivas.

Y en las pequeñas complicaciones: orquitis, prostatitis, cistitis, en hombres; bartolinitis y metritis, en la mujer, preferimos las vacunas.

Y, en todos los casos, empleando, ya sea la vacuna o el suero, hemos tenido siempre en cuenta la *fase negativa* que producen las primeras aplicaciones de la vacuna, evitando trastornos graves y molestos para el enfermo.

Y, en el estado actual de nuestros conocimientos, proclamamos que la vacunoterapia y sueroterapia antigonocóccicas han entrado definitivamente en el dominio de la terapéutica corriente.

DISCUSION

Neocle Ragusin (Buenos Aires). — Manifiesta su conformidad con las conclusiones del doctor **Idoyaga**, y habla de la eficacia de los haptinógenos gono Méndez (de Buenos Aires).

Máximo Halty (Montevideo). — Manifiesta que se ha explicado ya la diferente actividad de las medicaciones vacunoterápicas en la uretritis gonocóccica y sus complicaciones, porque en la primera existen asociaciones microbianas que faltan, generalmente, en las otras.

SÉPTIMA SESION

VIERNES 14 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 15

Presidencias de los doctores Mateo Arriola Moreno (Asunción) y Pedro L. Barbosa (Asunción)

Secretario: Dr. Máximo Halty (Montevideo)

SUMARIO

Eduardo Rabello y Antonio F. da Costa Junior. — Curietherapia. Algumas notas sobre os primeiros casos do Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. (Trabajo leído por el doctor Aloysio de Castro).

Discusión por el doctor **F. Terra.**

Fernando Terra.—Rhinoscleroma.

Ernesto Cervera. — Contribución al estudio del Rino-escleroma.

Discusión por los doctores **Joaquín González y Eduardo Jonquières.**

Mateo Arriola Moreno.—Leishmaniosis; su etiología, frecuencia y formas clínicas.

Discusión por los doctores **Silva Araujo** y **Adolpho Lutz.**

José V. Insfrán.—Terapéutica de las Leishmaniosis. (Trabajo leído por el doctor Alvarez Brúguez).

Adolpho Lutz.—Reminiscencias dermatológicas.

Discusión por el doctor **N. Ragusin.**

Jesús González Urueña.—Tratamiento del lupus eritematoso por la nieve carbónica. (Trabajo leído por el doctor Joaquín González).

Discusión por los doctores **E. Jonquières, N. Ragusin, A. Giménez** y **J. González.**

Oscar da Silva Araujo.—Sorotherapia do chancro molle phagedenico serpiginoso.

Oscar da Silva Araujo.—Granuloma venereo buccal.

José Brito Foresti y **Bartolomé Vignale.**—El sulfato de cobre amoniacal en ciertas dermatosis.

Discusión por los doctores **E. Jonquières, J. González** y **F. Abente Haedo.**

Enrique Claveaux.—Enterobacterioterapia.

Discusión por los doctores **F. Abente Haedo** y **N. Ragusin.**

José Brito Foresti.—Etiología, formas clínicas y tratamiento de las tuberculosis cutáneas en el Uruguay.

Discusión por los doctores **E. Jonquières** y **N. Ragusin.**

Curietherapia

Algumas notas sobre os primeiros casos do Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

PELOS DRS. EDUARDO RABELLO (Río de Janeiro)
Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

E ANTONIO F. DA COSTA JUNIOR (Río de Janeiro)
Assistente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

(Trabajo leído por el Dr. Aloysio de Castro)

O cancer tem sido sempre um inimigo victorioso da Humanidade. Sem entraves á sua acção melefica, o horrivel flagello vem fazendo annualmente milhares de victimas. De alguns annos a esta parte, entretanto, o combate á sua acção destruidora vae-se organisando e desenvolvendo. O papel que nessa lucta coube ao radium data da genial descoberta do sabio casal Curie, que, em 1898, isolou esse metal, ou, mais propriamente, de 1902, com os primeiros ensaios therapeuticos da maravilhosa substancia, por Danlos. Com Wickam e Degrais e Dominici o emprego therapeutico do radium foi tomando uma feição pratica, e vem-se aperfeiçoando progressivamente, mercê do contigente de muitos outros pesquizadores. Muitos paizses tem em consequencia disso procurado possuir uma installação do radium, para cooperar na lucta contra o cancer. O Brasil possue já tres estabelecimentos desta natureza (Rio de Janeiro, S. Paulo e Bello Horizonte), sendo que o primeiro em pleno funccionamento, e os dois outros terminando suas installações.

O Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi creado por iniciativa do illustre Prof. Aloysio de Castro, actual Director da Faculdade de Medicina. Foi inaugurado em 10 de abril de 1919, e comprehende as

Secções de Rontgentherapia e de Radiumtherapia ou Curietherapia. Esta última tem a direcção clinica e technica entregues aos professores Fernando Terra e Eduardo Rabello, auxiliados pelos Assistentes Drs. Antonio F. da Costa Junior e Eduardo Sattamini. Nella tem sido tratados cerca de 600 doentes. Afim de dar uma ideia do que se tem feito nesta Secção, vamos passar em revista, sem delongas theoricas, os primeiros 450 casos de cancerosos nella tratados, com os respectivos dados estatisticos, afim de tentar delles tirar alguns ensinamentos possiveis. Deixando totalmente de lado qualquer dissertação sobre a natureza do radium, sua acção, seu apparelhamento, questões sufficientemente conhecidas, entraremos immediatamente na apreciação dos dados numericos.

Assim dos 450 doentes tratados:

Quanto á nacionalidade, 289 (64.2 %) são brasileiros, e 161 (35.7 %) são estranjeiros;

Quanto ao sexo, 260 (57.7 %) são do sexo masculino, e 190 (42.2 %) do sexo feminino;

Quanto á côr, 425 (94.4 %) pertencem á raça branca, 24 (5.3 %) á raça preta ou mestiça, e 1 (0.2 %) á raça amarella;

Quanto á edade apuramos que:

8	doentes	tem	de 0 a 15	annos	(1.7 %)
26	"	"	" 16 a 30	"	(5.7 %)
92	"	"	" 31 a 45	"	(20.4 %)
194	"	"	" 46 a 60	"	(43.1 %)
107	"	"	" 61 a 75	"	(32.7 %)
23	"	"	mais de 75	"	(5.1 %)

Quanto á profissão (pela ordem decrescente de casos):

Caseiras (donas de casa) . .	122	casos	(27.1 %)
Operarios.	60	"	(13.3 %)
Lavradores	49	"	(10.8 %)
Serviço domestico	47	"	(10.4 %)
Commercio	46	"	(10.2 %)
Funccionarios publicos . .	35	"	(7.7 %)
Trabalhador braçal . . .	21	"	(4.6 %)
Capitalista	14	"	(3.1 %)
Advogados	9	"	(2.0 %)
Sem profissão	9	"	(2.0 %)
Maritimos	6	"	(1.3 %)
Vendedores ambulantes . .	6	"	(1.3 %)

Medicos	5	casos	(1.1 %)
Machinistas	5	”	(1.1 %)
Jardineiros	4	”	(0.8 %)
Musicos	3	”	(0.6 %)
Padres	2	”	(0.4 %)
Militares.	2	”	(0.4 %)
Enfermeira, dentista, parteira, engenheiro e freira . . .	1	”	(0.2 %)

A solução do problema do cancer está ainda, em grande parte, sob a dependencia do conhecimento exacto da sua natureza. Entidade morbida insuficientemente explicada, com marcha diversa e malignidade differente segundo tambem a sua localisação, a classificação de seus typos não pode obedecer ainda a um criterio absoluto. ‘‘A caracteristica de todo neoplasma resulta da apreciação de sua symptomatologia em face de sua estructura’’. O exame histopathologico desvendando a sua estructura fornece os mais preciosos informes sobre a natureza do caso. Entretanto o diagnostico clinico é muitas vezes o elemento corrente para orientar o tratamento, em vista da difficuldade de se obter systematicamente o exame histologico de cada caso.

Certos dados são reconhecidos como importantes para o diagnostico e prognostico como a séde da lesão, a marcha da molestia, a sua reacção ao tratamento.

Dividiremos os nossos casos conforme a sua estructura conjunctiva ou epithelial, subdividindo esta última nos seus typos mais caracteristicos. Seguiremos para estes ultimos a classificação de Darier, que os distribue em tres typos: baso-cellulares, espino-cellulares e nevi-carcinomas.

Nos nossos doentes verificamos a seguinte frequencia, por ordem decrescente:

Epitheliomas espino-cellulares	211	(46.88 %)
Epitheliomas baso-cellulares	173	(38.44 %)
Sarcomas	46	(10.22 %)
Nevi-carcinomas	20	(4.44 %)

Entre os primeiros *300 casos* já tratados conseguimos realisar um inquerito sobre uma presumivel origem hereditaria do cancer, e sobre causas predisponentes como por exemplo a syphilis por intermedio da reacção de Wassermann. Indagando sobre uma presumivel origem hereditaria do cancer,

obtivemos resposta affirmativa de 60 doentes (20 %), resposta negativa de 154 (51.33 %), respostas deficientes de 76 (25.33 %), e de 10 (3.33 %) não se obteve informações; a reacção de Wassermann foi positiva em 69 casos (23 %), foi negativa em 174 casos (58 %), e não foi obtida em 57 casos (19 %); syndicando sobre a existencia de causas predisponentes ou determinantes do cancer apuramos que: em 139 casos (46.33 %), não houve causa apparente, em 54 (18 %) abuso de fumo, em 32 (10.66 %) traumatismo, em 24 (8 %) verruga, em 22 (7.33 %) dermatoses precancerosas, em 19 (6.33 %) accidentes irritativos, e em 10 (3.33 %) ausencia de informações.

Para terminar vamos dar descriminadamente a frequencia dos casos pela sua localisação, acompanhada dos resultados obtidos. Quanto aos resultados dividiremos em curados, melhorados e sem resultado. Entre os primeiros collocaremos os casos em que se obteve completa cicatrisação da lesão, entre os melhorados os vão em franca melhora, e entre os sem resultado, os casos que nada aproveitaram, incluindo nelles os que abandonaram o tratamento logo em inicio.

Número de casos		Curados	Melhorados	Sem resultado
Nariz	57	41	10	6
Lingua	45	3	3	39
Seio	38	11	7	20
Utero	37	10	7	20
Labio inferior . . .	27	6	4	17
Testa e região frontoparietal	24	13	5	6
Face esquerda . . .	23	13	4	6
Face direita	22	17	3	2
Região parotidiana . .	20	2	2	16
Canto de olho e palpebras	20	4	8	8
Orelha e região periauricular	16	9	4	3
Rebordo gengival . .	14	—	3	11
Veo palatino. . . .	10	1	1	8
Labio superior . . .	10	8	—	2
Pescoço	10	—	2	8
Recto	8	—	2	6
Região mentoneana. .	8	7	1	—
Penis	7	—	1	6
Amygdala	6	—	2	4

Número de casos		Curados	Melhorados	Sem resultado
Região vulvo-vaginal .	5	—	1	4
Região dorso-cervical .	5	—	2	3
Mãos	5	3	1	1
Maxillar inferior . .	4	—	—	4
Larynge	3	—	—	3
Commissura labial . .	3	1	1	1
Perna	2	—	1	1
Bochechas	2	—	—	2
Fossa nasal	2	—	—	2
Região abdominal . .	2	—	1	1
Braço	2	—	—	2
Região esternal . . .	2	1	—	1
Pharynge.	1	—	—	1
Epiglotte.	1	—	—	1
Região occipital . .	1	1	—	—
Perineo	1	—	1	—
Região glutea . . .	1	1	—	—
Região coccigiana . .	1	1	—	—
Maxillar superior . .	1	—	—	1
Escroto	1	—	—	1
Pé	1	—	—	1
Flanco direito . . .	1	—	1	—
Região clavicular . .	1	—	—	1

Totalisando os algarismos, verificamos que:

Curados	153	casos	(34 %)
Melhorados	78	”	(17.33 %)
Sem resultado . . .	219	”	(48.66 %)

Levando em conta que, num serviço desta natureza, inaugurado numa grande Capital, para elle affluem doentes de toda natureza, a elle recorrem casos os mais desesperados, os resultados não são senão lisonjeiros.

Entre os casos contados como melhorados estão os que ainda não tiveram alta, embora nos ultimos periodos da cura.

Em todos estes casos foi usada exclusivamente a curietherapia, sendo que entretanto, em alguns casos indicados, como em tumores do seio e do labio inferior, a intervenção cirurgica precedeu o tratamento radiumtherapico.

Os casos mais melindrosos, como os de utero principalmente, embora clinicamente curados, continuam sob a vigilancia

do serviço, afim de se poder constatar a cura definitiva, apoz um periodo de tempo razoavel.

O Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro muito já tem pois feito, nos seus primeiros tempos de existencia, e muito mais ainda produzirá com a ampliação do seu apparelhamento, em via de execução.

Estas ligeiras notas tem apenas o merito desta demonstração.

Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

(Secção de Radiumtherapia)

(Inaugurado em 10 de abril de 1919)

Quantidade de radium que possue:

3 Tubos com cinco centigrammas cada um	15
2 Tubos com dois centigrammas cada um	4
2 Tubos com um centigramma cada um	2
4 Placas com dois centigrammas cada uma	8
3 Placas com um centigramma cada uma	3
4 Placas com 1|4 de centigramma cada uma	1
18 Apparelhos no total de (centigrammas)	33

No espaço de tempo comprehendido entre 10 de abril de 1919 a 30 de setembro de 1921, foram effectuados 278 alugueis. N'este mesmo periodo foram submettidos a tratamento 558 doentes, d'estes 452 eram cancerosos, e os restantes, portadores de outras affecções.

Do total de 558 doentes, 331 eram gratuitos e 227 contribuintes.

Después de leer este trabajo, el doctor Aloysio de Castro propone un voto, que fué aprobado por unanimidad, y que el lector encontrará en este tomo, pág. 75.

DISCUSION

Fernando Terra (Río de Janeiro).—Applaudo com enthusiasmo a proposta do Prof. Castro, porque entendo que a acquisição de radium representa, pelo menos, uma medida de prophylaxia para o cancer.

não levando-já em consideração o seu emprego em muitas outras doenças. Quanto ao receio manifestado pelo Dr. Jonquières, de que os governos recuem diante da elevada despega con a obtenção da dóse necessaria do radium, desapparece com a certeza, que temos de que o lucro que dá o aluguer dos apparelhos dará margem para, no fim de certo tempo, se resarcir o capital empregado.

Rhinoscleroma no Brasil e seu tratamento pelo Radium

PELO PROFESSOR FERNANDO TERRA (Río de Janeiro)

Da Universidade do Rio de Janeiro

Considerações geraes. — No estudo do rhinoscleroma é o conceito therapeutico, que no momento actual acha-se em fóco. aguardando ainda solução, visto como poucas são as incognitas. que restam, do conhecimento clinico do doença, da sua pathogenia, como das alterações estructuraes, que lhe formam o substracto anatomico.

Até hoje porém a cura do mal continúa a desafiar a paciencia dos que pelo problema se interessam. E se a materia não tem attrahido, como fôra de esperar. a arguicia dos estudiosos. é por figurar a doença em pequena fracção nas estatisticas. não sendo dos mais communs d'entre os males, que affligem a humanidade. Endemica em zonas muito restrictas da Europa, e apparecendo de longe em longe esporadicamente, em alguns paizes, poucas opportunidades offerece o seu estudo para apaixonar o espirito dos scientistas. Como nos coube a sorte tratar de dous doentes por um methodo pouco vulgarisado, dando-nos elle um resultado muito lisonjeiro, afigurou-se-nos de bom aviso expôr á publicidade o facto, para que d'elle tirem proveito, com sua applicação, aquelles a quem fôr commettida a tarefa de dar combate ao padecimento. Como se verá, linhas adiante, em dous doentes a utilisação da radiumtherapia deu resultados inesperados, que servirão de incentivo para averiguação de sua efficiencia em emergencias analogas ás nossas. Collocando-nos no ponto de vista nacional, procuramos reunir documentos que esclarecessem a rubrica da frequencia do mal entre nós, corrigindo equivocos; que iam abrindo caminho por ahi, graças á defeituosa apre-

ciação dos factos. Assim fica demonstrado que não é doença que muito pése em nossos quadros nosographicos, tendo-se apurado até hoje a existencia de oito casos, pela fé que nos merece o manuseio dos nossos archivos de medicina, e por informações de fonte particular. Queremos acreditar que a frequencia attribuida ao Brasil, d'essa interessante doença, seja o fructo de uma confusão geographica, porque de facto foram assignalados numerosos casos neste continente, porém na Republica do Salvador, que fica na America Central. Pareceu-nos acertado dar, por antecipação, o resumo dos trabalhos feitos na nossa Faculdade de Medicina com o germe colhido das lesões de um d'estes doentes, pelo preparador da Cadeira de Pathologia Geral.

Esboço historico. — Cabe ao grande Hebra, o verdadeiro fundador da Dermatologia, o merito de haver descripto pela primeira vez a doença, a que conferio o nome de rhinoscleroma, esteiado na mais constante localisação de suas lesões. Logo appareceram contradictores, que allegaram, para mudança da denominação, o facto de em outras zonas do organismo tambem se desenvolverem as neoplasias do rhinoscleroma. Affigurou-se a Besnier mais adequado o termo de gleoscleroma, consentaneo com a histopathologia, e a bacteriologia. Entendeu Wolkosvitsch, por conselho de Bornaupt, preferivel o nome de *scleroma respiratorium*, ao passo que Köbner chamou-o *rhino-pharyngo-scleroma*, e assim por diante, não tendo grangeado proselytos nenhuma d'essas propostas. Querem alguns auctores dar precursores ao celebre professor viennense, na creação do typo morbido, por encontrarem, em descripção de casos observados, analogias, aliás muito vagas, com os primeiros casos conhecidos. A prioridade na descoberta cabe exclusivamente a Hebra pela segurança com que encarou a situação, descrevendo em termos tão precisos os factos, isto é, a symptomatologia, a histologia pathologica, o diagnostico differencial, etc., que nenhuma confusão poderia existir com outras entidades nosologicas. Em collaboração com o notavel especialista, occupou-se tambem da materia Kaposi, que descreve, em suas lições, a doença, de modo magistral. Muitos outros versaram o assumpto, principalmente os medicos austriacos e russos, por estarem mais em contacto com os fócos endemicos. Tendo em 1882 Frisch encontrado nas lesões um germe de morphologia especial, a que attribuio a causalidade da doença, novo rumo tomou o estudo da materia, que grande interesse provocou nos meios dos bacteriologistas. Do mes-

mo modo, o conhecimento das lesões estructuraes prendeu a attenção dos especialistas nessa rubrica da pathologia, e trabalhos interessantes vieram a lume, que provocaram debates, controversias sob varias feições. Dentre a grande copia de producções nesse sentido sobresahem as publicações de Cornil, Alvarez, Pelizzari, Blaskho, Wolkowitsch, Mibelli, Finche Noves, etc., como se verá da bibliographia que remata este trabalho.

Frequencia. — Em 1878 havia já conhecimento de 13 casos, em que se incluem os primeiros, assignalados por Hebra e Kaposi, tendo o numero ascendido a 85, segundo computo, de Wolkowitsch, en 1889; e em 1903 existiam citados em toda a litteratura medica, como refere Harman Smith, cerca de 650 observações.

A doença é endemica em zonas muito limitadas do mundo, tendo sido vista principalmente nas provincias orientaes da Austria, e no sudoeste da Russia. Tem havido casos esporadicos em varios paizes, como na Italia, na França, na Inglaterra, no Egypto, no Japão, na Australia, nas Indias e na America do Norte. Na America Central, S. Salvador, foram visto doentes por Alvarez, parecendo haver ahi um fóco de pandemia. Da America do Sul o numero de casos conhecidos é minguado, pois sabemos da existencia de um caso isolado na Republica Argentina, e de oito no Brasil, sendo o mais antigo o do professor Ad. Lutz, e mais recentes os dois doentes assignalados linhas avante.

Não assiste razão a Castex, quando diz á pag. 188, da "Pratique Dermatologique", tomo IV, que *"l'affection existe dans l'Amérique du Sud, chez les nègres du Brésil particulièrement"*.

Como ficou dito acima, no Brasil, sabe-se de oito casos apenas, dos quaes todavia só um negro.

São os individuos do sexo masculino que maior tributo pagam á doença, notando-se ella em geral nas pessôas das classes pobres, em regra de bôa compleição. Accommette os adultos, mais vezes entre 20 a 40 annos, raramente nas idades extremas da vida, tendo havido um caso de um menino de 11 annos, o primeiro encontrado em New York, um outro visto no Brasil pelo Dr. Florence, de 12 annos de idade, e um outro em idade avançada.

Quanto a nacionalidade, resalta a um simple relancear de olhos nas estatisticas, que maior numero de vezes é encontrada nos russos, e nos polacos, pertencendo mesmo a essas

nacionalidades aquelles notados fôra dos centros de endemicidade. Entretanto ha, registo de pessôas atacadas do rhinoscleroma que não sahiram dos respectivos paizes, como deflue das estatisticas inglezas, americanas e italianas.

Quanto ao Brasil, de conformidade com as observações aqui exaradas, 6 doentes são brasileiros, 1 italiano e um é polaco, tendo este vindo par ao paiz com 12 annos, e só muitos annos depois manifestou-se a enfermidade.

Querem alguns auctores tambem ver nella certa predilecção para os israelistas.

Descripção clinica. — Na grande maioria das vezes encontram-se as lesões localisadas no nariz, e nas partes adjacentes, sob a fórma de nodosidades, de infiltração diffusa ou mesmo de tumores, não pediculados. Acham-se quasi sempre na entrada do soalho das fossas nasaes, no septo cartilaginoso, e na parte interna das azas das narinas, e *em phase mais adiantada no labio superior.* O desenvolvimento das nodosidades faz-se gradualmente, e no fim de algum tempo determinam relêvo no augmento alterando a configuração da parte. As da face interna do nariz ficam salientes, e se dirigem ao encontro umas das outras até se tocarem. Como consequencia d'essa approximação, a entrada das fossas nasaes fica obstruida, não permittindo a passagem do ar, o que traz grande embaraço para a respiração. Outras vezes os tumores tomam tal volume que, não encontrando espaço para se alojarem, vêm ter ao exterior, como blócos allongados, de côr avermelhada. A superficie dos nódulos é lisa, em certas circumstancias escoriada e banhada por liquido espesso, ou sero-purulento. A pelle que reveste os tumores, das azas das narinas e do lobulo, é lisa, ás vezes saliente e apresenta apenas modificações em sua coloração, pelo augmento de volume dos capillares, em estado congestivo. A consistencia, que adquire a parte, é exagerada, fazendo lembrar a das cartilagens, ou mesmo fibrosa. O nariz se deforma em consequencia do alargamento das suas azas; immobilisa-se, e pelo tocar tem-se a sensação de estar moldado em gesso (Kaposi). Pode ser tambem invadido o labio superior, que augmenta de volume, e deforma-se extraordinariamente, dando á physionomia um aspecto desagradavel. A propagação pode-se fazer para as partes profundas das fossas nasaes até attingir o processo morbido o véo do paladar, pharynge, larynge, indo mesmo á trachéa. Entretanto querem alguns auctores, Pellizzari á frente, que inicialmente se forme a neoplasia no véo do paladar, uvula, e pilla-

res, acarretando, como sóe acontecer frequentemente, a destruição das partes, com cicatrisação defeituosa, ficando em alguns doentes reduzidas a um pequeno tunel, e muitas vezes dá-se até a occlusão da parte posterior, da bocca. No nosso doente existiam lesões adiantadas do véo do paladar, com destruição das amygdalas e da uvula. Embora existam estas alterações com grande frequencia, o que está á margem de contestação é que o nariz, num coefficiente de 90 o|o, é séde das neoplasias. Localisações anormaes têm sido tambem assignaladas, como o caso de Kaposi, em que a neoplasia se localisou sob o tegumento de revestimento dos maxillares superiores encobrindo por completo a pyramide nasal. De outra vez vio, com Pick, assestar-se no conducto auditivo, constituindo-se um oto-scleroma. Póde dar-se a circumstancia de localisação exclusiva na cartillagem do nariz, narinas ou septos, na localisação exclusiva das partes profundas da bocca, au participação simultanea de ambas as regiões.

HISTOLOGIA PATHOLOGICA. — No estroma das partes affectadas apparecem certos elementos que pelos auctores são considerados peculiares á doença, defluindo d'ahi valor decisivo para o diagnostico, quando reconhecida sua presença. Entretanto, por maior que seja a importancia havida por taes elementos, faz-se mister o advento de outros factores, para se adquirir o cunho d'aquella certeza. Queremos nos referir ao descortino, nos tecidos affectados, das cellulas de Mickulicz e dos corpusculos de Russell, que na verdade são figuras constantes nos disturbios estructuraes do rhinoscleroma.

Sem constestar-se o valor de taes elementos cytologicos, cumpro declarar que, como provou Chiappa, em multiplas experiencias de laboratorio, são elles encontrados em outras lesões de causas varias, e até processos inflammatorios communs. As cellulas de Mickulicz, de aspecto original, encontram-se sempre no rhinoscleroma, e valem por um guia seguro no diagnostico da doença. Vêm-se tambem espalhados nos tecidos, corpos pequenos, translucidos, de forma globulosa, denominados corpusculos de Russell.

As cellulas de Mickulicz são de tamanho variavel, attingindo muitas vezes o comprimento de 2 micra, nucleadas, e tendo em seu protoplasma globulos hyalinos de varios tamanhos, e que se reunem formando massas volumosas translucidas. Dentro das cellulas, nos corpos hyalinos, com frequencia são vistos, em numero mais ou menos apreciavel, os diplobacillos de Frisch. Essas massas, em blocos transparentes, multipli-

cam-se, tornam-se numerosas, infiltrando o protoplasma, e deslocam o nucleo, que é mesmo recalcado para a peripheria da cellula.

O protoplasma muda de aspecto, apresentando-se sob a forma reticular, e quando pejado dos corpusculos hyalinos, as cellulas se rompem, espalhando-se estes nos tecidos. Apresentam-se elles livres no campo do processo inflammatorio, ao lado de fragmentos de nucleos cellulares; tomaram esses corpusculos a denominação de cellulas de Russell. Sobre a interpretação da formação dos globos hyalinos, não ha harmonia de vista entre os auctores. Admittem uns que sejam a resultante da degeneração do protoplasma cellular pela presença dos bacillos de Frisch, como sustentam Pellizzari, Marschalko e outros. De modo diverso pensam outros auctores, que vêm nessas alterações a substituição de zonas de protoplasmas pelas gleas do bacillo de Frisch.

Por este entendimento se externam alguns investigadores, chefiados por Mibelli. Em trabalho de publicação recente Finch Noyes dirigio sua attenção para o estudo d'estes phenomenos de degeneração, e sustentou o parecer de Mibelli, que reconhecia nas alterações dos tecidos a presença de cellulas de duas especies, umas denominadas cellulas hydropicas (Hydropichen Zellen), e outras, cellulas colloides (Kolloiden Zellen).

Empregando methodos especiaes de coloração, assegura ter sorprendido toda a evolução das "Colloid-cells", confirmando as ideas de Mibelli, pois considera-as como differentes das outras, as "watery-cells". Parece não ter vingado essa opinião da dualidade de taes cellulas, porquanto acredita-se que se trata de um só elemento, mas em phase diversa de evolução. Sobre a natureza da degeneração cellular, houve controversia entre os auctores, acreditando Chiari que se tratava de degeneração gordurosa, ao passo que Pellizzari demonstrou a insubsistencia d'essa explicação, provando tratar-se de degeneração colloide.

Nas cellulas de Mickulicz encontram-se os microbios de Frisch, o que dá segurança ao diagnostico. Para o lado do revestimento epithelial são de pouco valor as alterações estructuraes, quando muito, ligeira hypertrophia dos estrátos, ou perda superficial dos planos superiores, com revestimento crostoso. Infiltrando o derma, principalmente nas camadas mais elevadas, existem plasmacellulas em grande quantidade, e outros elementos, como mastzellen, lympho-cytos, etc.

Nota-se tambem augmento de formação de vasos sanguineos, assim como proliferam os vasos lymphaticos, que, se

acham augmentados de volume, e muitos dos quaes encerram os bacillos de Frisch. As paredes dos vasos, acham-se hypertrophiadas, infiltradas de cellulas, que existem tambem em redor, formando manguitos. As glandulas da pelle ao começo nada suffrem, apenas os conductos das glandulas sudoriporas, são envolvidas pelo processo neoplasico; porém em phase ulterior são abafadas pelo tecido de esclerose. O tecido conjunctivo vai rareando á proporção que o granulona augmenta, até ficar reduzido a raros feixes. Mais tarde formam-se as cellulas fusiformes, e o tecido fibroso envolve as areas de granulação, chegando por fim á phase de esclerose, ultimo termo da evolução anatomica do granuloma. Resume Cornil em poucas palavras toda a representação estructural do neoplasma, dizendo que consiste em granuloma com formação abundante de vasos sanguineos e lymphaticos, terminando pela formação fibrosa.

OSERVAÇÕES BRASILEIRAS. — Depois do caso do professor Ad. Lutz, que foi o mais antigo d'entre os observados no Brasil e os tres do douctor Florence, de 1909, damos o do doente do professor Octavio Rego Lopes, que nos sedeu a sua photographia (fig. 1). Foi em 1907, mais ou menos, que teve opportunidade de vêr esse individuo, internado no Hospital da Misericordia, do Rio de Janeiro, em un momento de grande angustia respiratoria.

Observação I. — Era um individuo de bôa compleição, de côr parda, brazileiro, de 20 e tantos annos de idade, motorneiro, residente nesta cidade. As narinas achavam-se inteiramente occupadas por tumores fibrosos, que faziam ligeira saliencia para o exterior. Procedeu á extirpação das neoplasias, perdendo de vista o doente, que mais tarde o procurou com as lesões renovadas, as quaes tinham se propagado para as partes profundas, a larynge, determinando enorme embaraço da respiração, o que tornou imperiosa a operação da tracheotomia, que sem demóra foi praticada. Entregou-se de novo aos misteres de sua profissão até que veio a succumbir em poucos instantes victima de asphyxia.

Obs. II.—Mulher, de côr preta, figurando ter 40 annos, brazileira, observada no Rio de Janeiro, em 1918, pelo Dr. Hilario de Gouvêa. Não conseguimos informes sobre o caso, cujo modelo em cêra acha-se no Musêo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Parece que a localisação era exclusiva das fossas nasaes, obstruidas pelos tumores. Na narina esquerda a occlusão era incompleta, pois o tumor assestava-se a penas na parede externa (parte interna) da aza narinaria. A reproducção do modelo désta doente está no Musêo da Faculdade de Medicina de Montevidéo.

Obs. III (Dr. Werneck Machado).—Rita P. B., branca, brazileira, de 30 annos de idade, casada, moradora á rua de S. Pedro, Rio de Janeiro (fig. 2).

Entrada na Santa Casa em 23 de fevereiro de 1917. Antecedentes hereditarios desconhecidos.

Historia morbida: em criança teve sarampam, varicela e coqueluche. Ha 10 annos contrahio a tuberculose pulmonar, confirmada pelo exame bacteriologico do exputo, a qual a reteve no leito durante seis mezes. Ha quinze annos mais ou menos soffreu de uma coryza pertinaz, que determinava espirros frequentes, e que se acompanhava de dõres nos ouvidos e inflammação da garganta. Reconhecida a presença de polypos, operou-se, vindo a restabelecerse completamente. Em 1912 notou que o nariz começou a augmentar de volume. ficando ao cabo de algum tempo, modificado em sua forma. Formaram-se nodosidades, que se assestavam no soalho das fossas nasaes, junto ao subsepto, acompanhadas de sensação de prurido. Quando entrou para o Hospital já havia soffrido uma operação, que consistio na extirpação dos nódulos. Internada na enfermeria do **Dr. Werneck Machado**, foi examinada, dando o seguinte resultado: nariz muito augmentado de volume e deformado até na sua parte superior. Adherente ao septo cartilaginoso, no lado direito, existe um tumor, de côr rosea, sessil, indolor e de consistencia chondroide. O tumor, que tem 3 centimetros on sentido longitudinal e 2 no sentido transversal, vem fazer procidencia no exterior, e prolonga-se para dentro sem limite certo. As fossas nasaes acham-se quasi completamente obstruidas, um pouco menos para o lado esquerdo, onde se operou. Na garganta não existem lesões, nem os ganglios do pescoço estão augmentados. **Wasser'mann** negativo. O exame do esfregaço mostrou a existencia do microbio de **Frisch**, e nos cortes forman vistas as cellulas de **Mikulicz**. Foi operada em Maio de 1917, e reproducindo-se a lesão, submetteu-se a nova intervencão cirurgica em junho de 1919, sendo em fins de agosto do mesmo anno, manifesta a reincidencia da lesão, no soalho da fossa nasal direita, junto ao septo, como se ve na photographia (fig. 3). O caso foi apresentado a Sociedade Brasileira de Dermatología pelo Dr. Werneck Machado em uma das sesões de 1917.

Aconselhamos o tratamento do **radium**, com applicação, não só na parte onde existe a nodosidade recidiva, como nas outras partes, libertas dos tumores por terem sido operadas.

O tratamento começou a ser feito em 2 de setembro de 1919, no Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina, pela applicação directa de tubos de 1 a 2 centgs. de bromureto de **radium**. Fez 44 applicações, variando a dóse de 2 a 8 centgrs. hora cada uma, perfazendo um total de 143 c. h. As lesões dessappareceram completamente, não tendo havido até esta data vestigio de reprodução no nódulo, nem nos outros sitios das antiguas neoplasias.

Obs. IV.—Entrou para a enfermaria N.º 19 da Santa Casa, da Clinica Dermatologica da Faculdade de Medicina, a nosso cargo, o doente Mariano P., branco, de 35 annos, polaco, lavrador, morador em S. José dos Pinhaes, Estado do Paraná (Sul do Brasil), achando-

se em observação, e em tratamento, desde 25 de abril de 1921 (fig. 4). Pelas informações prestadas não tem antecedentes venereos, gozando sempre bôa saúde, apenas foi accommettido de sarna ha 5 annos mais ou menos. Lembra-se que seu pai falleceu de cancer no estomago, e que sua mãi succumbio ao tetano. Tem dois irmãos, ambos fortes e sadios, e duas irmãs, uma das quaes soffre de uma affecção do nariz, cuja natureza não pode precisar. O doente achase no Brasil ha 30 annos. Quanto a historia da affecção informa que ha seguramente oito annos começou a sentir dôr no nariz, em ponto indeterminado, a qual se irradiava para os ouvidos, accusando ao mesmo tempo dôres de cabeça e vertigens. Observou então que o nariz ia pouco a pouco tornando-se volumoso, um tanto adematoso e de coloração avermelhada. A respiração tornava-se difficil pela obstrucção da entrada das fossas nasaes, onde lentamente iam se formando uns tumores. Ao mesmo tempo produziam-se modificações no véo do paladar e nas amygdalas, que aggravaram o embaraço, sempre crescente, da respiração.

Ao entrar para o nosso serviço clinico é notavel a deformação do nariz, causada pelos tumores, que infiltram as paredes das narinas e o soalho das fassas nasaes. O lóbulo do nariz acha-se bastante vermelho, os vasos cutaneos estão dilatados e tortuosos. Na sua base o nariz está achatado, e lateralmente alarga-se, apresentando o orgam uma configuração especial. As parte cartilaginosas das azas do nariz offerecem uma dureza petrea, e as narinas estão immobilisadas. Os tumores se desenvolveram na parte interna das azas das narinas, dirigindo-se para o septo, e reunemse aos tumores que se desenvolveram no ponto de juncção com o soalho, do que resultou a obstrucção total do vestibulo narinario de ambos os lados. Os nódulos da narina direita apresentam fendas, de onde se escôa um liquido séro-purulento, e na sua parte acumida existe uma crosta amarello-escura, que cobre superficie levemente excoriada. O véo do paladar passou por metamorphoses notaveis, resultantes das ulcerações, que nelle se produziram. A uvula eliminou-se e os pilares anteriores crearam adherencias com a base da lingua, e implanta-se os posteriores, na pharynge, apresentando ambos cicatrizes brancas e fibrosas. Resultou d'ahi a formação de um escaço arredondado, pequeno, por onde com difficuldade abrem passagem os alimentos. A voz do doente é fanhosa.

Wassermann negativo. Nos esfregaços de um fragmento, retirado de uma das lesões, encontrou-se em abundancia o bacillo de **Frisch** que se desenvolveu em diversos meios de cultura, como será referido na parte relativa a bacteriologia.

Exame histologico.—Na epiderme não existe alteração alguma digna de nota, apenas ligeiro augmento, e em certos lugares zonas de necrose. Na derme infiltração diffusa de cellulas monomucleares. Algumas das cellulas, bastante volumosas, têm o protoplasma com corpos translucidos, cellulas de **Mikulicz**. As cellulas não se reunem em grupo nem se observam fórmas de degeneração. O tecido conjunctivo acha-se proliferado, sem comtudo se formarem septos espessos. Numerosos vasos de nova formação. O diagnostico clinico, que não podia padecer duvida, teve plena confirmação com o descortino nas le-

sões de diplo-bacillo encapsulado de **Frisch**, e da estructura particular das lesões, com as cellulas caracteristicas de **Mikulicz**.

Tratamento.—Tendo em mente a efficiencia do **radium** no tratamento das lesões da doente Rita, tomamos a deliberação de empregar neste caso a mesma therapeutica. Antes, porém, moveu-nos a curiosidade de vêr que resultado daria ahi o emprego das soluções de tartaro emético em injecções endovenosas. Ao ser annunciado esse tratamento declarou o doente que fôra submettido a dez injecções dessas, que lhe determinaram máo estar geral a ponto de ser forçado a abandonal-as. Não obstante esse contratempo, entendemos dever insitir na tentativa, e empregamos cerca de 6 injecções, dadas em dias alternados, na dóse de 5 centgrs. do medicamento para cada empôla. Horas depois de introduzido o medicamento na torrente circulatoria produzia-se na séde das lesões sensivel reacção, que consistia em grande rubor da parte, com sensação dolorosa. No fim de algumas injecções notamos que os tecidos, séde das neoplasias, tornavam-se muito menos consistentes, com tendencia ao amollecimento. Crente de que havia já passado a opportunidade para ensaios déssa ordem, porquanto, tratando-se de formações fibrosas, pouco se poderia esperar da acção resolutiva do tartaro, recorremos ao emprego do **radium**, dispensando a intervenção quirurgica indicada como meio preparatorio. Foram applicados os tubos de 2 centgrs. bromureto de **radium**, que ficaram justa-postos aos tumores por espaço de 15 horas, sendo repetidas essas applicações 6 vezes, todas feitas em sessões prolongadas de 8 a 16 horas consecutivas. O effeito não podia ser mais animador visto como os tumores começaram, ás primeiras séries de **radium**, a diminuir de volume e de consistencia, e em 30 de setembro acham-se completamente desapparecidos (fig. 5).

Não se deve olvidar tampouco que o **radium** tem uma acção tardia, manifestando-se os seus effeitos algum tempo depois de suspensa a sua applicação. Foi o que succedeu neste doente, que, um mez após a ultima dóse de **radium**, teve um enorme inflammação do nariz, a qual se propagou para as palpebras e estendeu-se para as bochechas, durando essa reacção cerca de uma semana. Comquanto não houvessemos applicado directamente os apparelhos na zona affectada do véo do paladar, e na pharynge, as dóses dadas no nariz, muito elevadas, fizeram-se tambem nellas sentir, resultando a cicatrisação das ulcerações ahi existentes.

Bacteriologia. — É este o capitulo que, com a histo-pathologia, mais carinho tem merecido da parte dos investigadores, e bem copiosa é já a sua litteratura. Em 1882 foi por Frisch annunciada a presença, nos tecidos, de bacterias, de aspecto original, e que elle considerou como os organismos causadores da doença. Não tardou que, ao encalço d'essa nova, enveredassem varios pesquizadores, animados do intuito de avaliarem da veracidade da allegação, ou dispostos a aprimorarem os methodos de analyse para o descortino de novos ho-

rizontes. Farta foi a mésse de collaboradores na seductora tarefa, e não tardou que se acoimasse de incerto o papel de germe, recem descoberto, na causalidade da doença. Muitos contestaram a especificidade do bacilo de Frisch, entre elles Pellizzari; e outros consideraram-no, Langi por exemplo, como simples saprophyta da lesão. Oro e Secchi inclinaram-se em considerar o rhinoscleroma como causado por blastomycetos. A descoberta de Frisch teve confirmação nos trabalhos de Cornil e Babés, Cornil e Alvarez, Mibelli, Köbner, Chiari, Barduzzi, Melle, etc., que acceitaram sem reserva a sua natureza especifica. Trata-se de um bacillo, que tem de comprimento 2 a 3 micra, e 0.4 a 0.5 de largura, apresentando as extremidades arredondas, geralmente em numero de dois, raramente formando cadêas de 3 a 4. São envolvidos em uma zona gelatinosa, de fórma de capsula, o que justifica a sua inclusão no grupo dos bacillos encapsulados, a que pertencem os penumococcos de Friedländer, os do ozena de Pfeiffer e Löwemberg, e os do granuloma venereo. Entre o corpo bacillar e a sua massa gelatinosa nota-se sempre um pequeno espaço claro. Muitas vezes se reunem em um só elemento simulando a fusão das gleas uma cellula de tamanho alentado com varios bacillos. Os germes são encontrados no interior das cellulas de Mikulicz, nos blocos hyalinos (Cornil), em liberdade nos espaços lymphaticos, ou no interior dos vasos lymphaticos. A cultura do germe foi já obtida por Frisch, e posteriormente tem sido conseguida por varios bacteriologistas. Apresenta, em cultura, fórmas um pouco diversos das que lhe são normaes quando nos tecidos. A inoculação em animaes, tanto do germe colhido no doente, como do obtido em cultura, tem determinado accidentes diversos desde a formação de abcessos até a septicemia, sem se haver logrado comtudo a reproducção das lesões classicas. Nesse sentido envidaram esforços Wilde, Perkins, Haslauer, Railey (1919) e Masini (1920), que inocularam culturas de bacillo em coelhos, cavallos (Majocchi), macacos, etc. Ducrey (1892) procurou determinar as relações vitaes entre os bacillos de Frisch e os estreptococcos da erysipela, chegando á conclusão que dava-se entre elles a attenuante das suas culturas. Expomos em seguida, resumidamente, o resultado das pesquizas feitas, no Laboratorio de Pathologia Geral da Faculdade de Medicina do Rio, pelo Dr. Mario Magalhães, preparados da Cadeira com o material colhido em nosso doente:

"Bacillo curto, de extremidades arredondadas, ora isolado, ora disposto em diplo-bacillo, raramente formando cadêas

curtas, envolvido por uma capsula gelatinosa, cujo desenvolvimento varia com as condições a que elle está sujeito. Nos productos pathologicos e experimentaes, o aspecto é o mesmo, salvo ligeiras modificações. A capsula todavia é pouco nitida nas culturas em meio liquido, bem visivel nas de meio solido, principalmente na gelose simples, e muito bem formada nas lesões experimentaes. No figado do cobayo, mais que no exsudato do peritoneo, os microbios apresentam a capsula muito nitida e bastante desenvolvida. A capsula dá ensejo á agglutinação, nos meios culturaes, o que impede a dissociação de sua morphologia. Reproduzse por divisão transversal, permanecendo a capsula inicialmente intacta, o que melhor se vê em algumas preparações de lesões experimentaes.

Coloração. — Córa-se bem com as côres de anilina, e é Gram negativo. A capsula é visivel com o auxilio de mordentes, sobretudo o acido acetico. O violeta acetisado de Friedländer é o corante preferido. Besson aconselha corar durante um minuto, porém preferimos aquecer a lamina até emissão de tenues vapores, ou prolongando o tempo para 3 minutos, e é superior ao corante de Giemsa.

Culturas. — Cultiva-se bem em quasi todos os meios, e a temperatura optima é de 37° a 38°.

Meios liquidos. — Caldo peptonisado. O caldo turva-se homogeneamente formando depositos filamentosos em 24 horas, o que se accentúa nos dias sub-sequentes, produzindo-se uma orla branca, adherente á parede do tubo, ao nivel da superficie liquida.

Caldo peptonado Martín. — Semelhante ao caldo peptonado simples, mas a turvação é mais leve.

Agua peptonada. — Não se desenvolve.

Leite. — Desenvolve-se bem sem coagular, e sem acidificar, caracter importante, porque o bacillo de Friedländer altera esse meio coagulando-o e acidificando-o. Esse facto observado por Trenel contraria a opinião de Netter e Nicolle, que consideram esses germes uma unica especie, vivendo em algumas pessôas como saprophytas das vias aereas.

Meios solidos. — Gelose simples. Desenvolve-se bem, em colonias de forma variavel, de bordas bem limitadas, pouco salientes, de superficie convexa, lisa, translucida e brilhante como vidro. Esse aspecto se vê nas culturas em placa, em picada e em estria no fim de 24 horas. A agua de condensação, no primeiro dia viscosa e branca, adquire consistencia muito pastosa em 48 horas.

Gelose assucarada de Saboraud. — O desenvolvimento é



Fig. I



Fig. II



Fig. III



Fig. IV

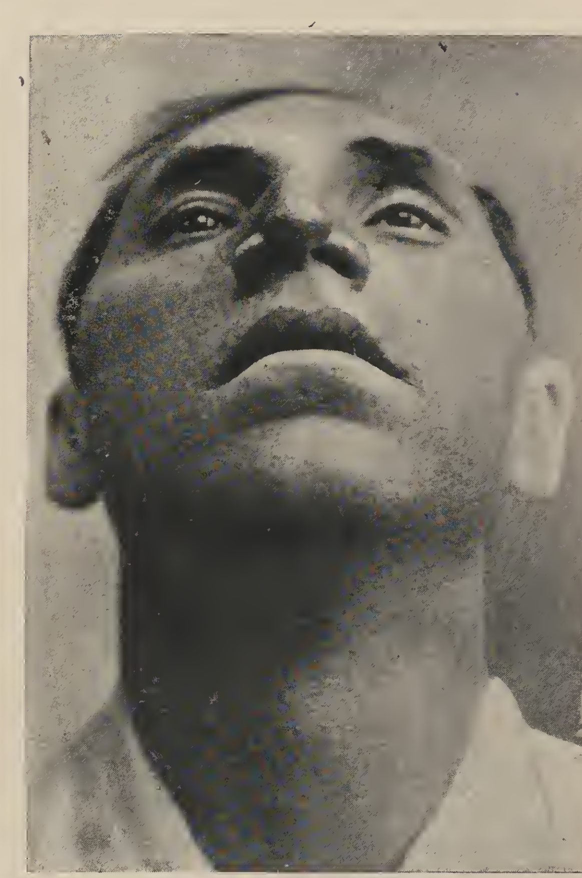


Fig. V

nullo nesse meio, e a agua de condensação é limpida, ao contrario do que succede com o germe do granuloma venereo, que nelle tem seu meio de predilecção.

Gelose sangue. — Desenvolvimento abundante, tendo os caracteres da cultura em gelose simple.

Sôro coagulado. — A proliferação em sua superficie não é muito rica, a agua de condensação turva-se sem mudar de consistencia.

Gelatina. — Não se desenvolveu talvez por não ser baixa a temperatura.

Batata. — Cultura não apparente, a agua não se turva.

Cenoura. — Desenvolve-se pequena colonia, e a agua turva-se em 24 horas, formando-se abundante deposito filamentoso, qué se desagrega pela agitação.

Propriedades biologicas. — É areobio e anaerobio facultativo.

Mobilidade. — É desprovido de cilios, e immovel.

Esporulaçao. — Não produz espóros.

Vitalidade. — Resistencia aos agentes physicos.

Pouco resistente, succumbe em horas, á temperatura baixa, visinhança de 0°. O calor na visinhança de 50° não lhe permitte sobrevida. O seccamento das culturas impede sua reproducção em novos meios. A luz exerce acção nociva.

Resistencia aos agentes chimicos: o sublimado a 1 o|oo, o acido phenico a 5 o|o, o alcohol commum, e o tartaro emetico 1 o|o matam-no em menos de 5 minutos.

Productos formados nas culturas. A acção sobre os hydratos de carbono: deu-se em 24 horas a acidificação dos seguintes assucares: levulose, maltose, glycose, mannita, galactose e saccharose; não altera a lactose, a dextrina e a glycerina.

Essa questão é controvertida. Trenel estudando tres amostras notou que tres fermentavam os seguintes assucares: mannita, glycose, levulose, saccharose, maltose, dextrina, galactose e lactose.

Duas amostras fermentavam a dulcitose, una a refinose; a inulina, a sorbita, e o glycol não foram fermentados. Weilde não observou a fermentação de glycose, caracter commum com o bacillo do ozena. Strong entretanto contesta essa fermentação.

Gazes. — Nota-se no fim de 48 horas mais ou menos o seu desenvolvimento pela explosão das culturas feitas em picada (gelose simples).

Outros productos. — As pesquizas feitas em relação ao indol, aos corpos ammoniacaes e ao hydrogenio sulfurado foram negativas.

Virulencia. — É germe pathologico para os animaes de laboratorio, como provaram Paulowski em 1890, em Kiew, e Trenel, em París, em 1901, apezar de contestação de outros. Notaram ser o cobayo o mais sensivel, morrendo por septicemia, e congestão accentuada das capsulas suprarenaes. Vimos, em nossas experiencias, confirmados esses factos. Notamos ainda notavel diminuição da virulencia dos germes por passagens succesivas no cobayo, o que procuraremos interpretar em trabalho ulterior. O coelho inoculado por via venosa perde o peso e morre cachetico em 15 dias. O rato resite a inoculação por via intraperitoneal, não se encontrando o germe, nem nos esfregaços, nem nas culturas dos seus productos.

Toxinas. — Conforme verificação de Trenel a cultura em caldo, filtrado em véla, contem uma toxina, que mata o animal em 48 horas, apresentando elle os phenomenos determinados pela inoculação do germe, principalmente congestão intensa das capsulas supra-renaes.

Inoculações esperimentaes. — A inoculação de duas alças de cultura, de 24 horas, por via intra-peritoneal, determina em 24 horas a morte do animal com phenomenos peritoneaes intensos e septicemicos: congestão visceral intensa, principalmente das supra-renaes, muito augmentadas, derrame peritoneal serôso, rico em germes, abcessos diffusos em diversas visceras. O esfregaço do figado, baço, e derrame peritoneal, contem microbio puro. Por via sub-cutanea mata em mais tempo, reproduzindo esses phenomenos, porém attenuados.

Coelho. — A inoculação, por via venosa, de uma alça é bem tolerada nos primeiros dias, o animal diminue de peso em seguida, e morre cachetico.

Rato. — Resiste bem ás inoculações, quer sub-cutaneas, quer peritoneaes.

Cao. — As inoculações sub-mucosas nas azas do nariz ou labiaes são inteiramente negativas.

Macaco. — A inoculação na mucosa nasal não tem dado resultado.

Immunidade e sôro-therapia. Nada feito até hoje.

Pesquiza. — O esfregaço da serosidade da lesão foi fixado pelo calor, e colorido pelos methodos de Gram, e de Friedländer.

Os córtes foram fixados no sublimado-alcool de Schaudinn, e coroados pela hematoxilina ferrica, pelo Giemsa, etc.

Sôro-agglutinação. — Practicamol-a sem resultado. Neisser e Porgers, em 1906, obtiveram pela inoculação em um animal um sôro agglutinante especifico para cada especie visinha, e do bacillo de Frisch.

Reacção do desvio do complemento. O sôro do doente deu resultado fortemente positivo em pace do bacillo, que isolamos.

Railey, em 1919, chegou ao mesmo resultado, verificando que á medida que o seu doente melhorou com os raios X a reacção tornava-se positiva com a maior quantidade de antigeno, para tornar-se negativa após a cura

Usamos como antigeno uma emulsão do germe, feita com 10 cc. de sôro physiologico e uma cultura de 24 horas em gelose inclinada.

As quantidades, que usamos, foram de 0.2 e 0.4 de antigeno.

Com ambas obtivemos resultado fortemente positivo''.

Tratamento. — Não é muito variada a therapeutica desta doença, podendo ser distribuidos por tres classes os methodos até hoje utilisados para se chegar ao fim collimado: meios medicos (pelos agentes chimicos e biologicos), meios cirurgicos, e meios physicos. Ao espirito arguto do descobridor da doença não podia escapar a necessidade premente de remover lesões, propicias á obliteração de orgams importantes, cujas consequencias funestas facilmente seriam previstas. Occurreu-lhe então a idéa de provocar o amollecimiento, e a reabsorção dos elementos, de formação extranha, e para isso recorreu ao emprego de medicamentos de acção resolutiva. Empregou os emplastros mercuriaes nas partes affectadas, fez pincelagens iodadas, ao mesmo tempo que o doente era submettido ás uncções extensas da pomada mercurial, e ao uso interno do iodureto de potassio.

Toda essa pratica não deu resultado algum, buscando então nos meios operatorios a solução do problema, o que não lograra com os medicamentos. Praticava a excisão dos neoplasmas, e para impedir a atresia, que certo se daria com a reproducção das lesões, introduzia nas cavidades libertas a laminaria e a esponja preparada. Ainda como tratamento medico recorria aos escharoticos, introduzindo nas partes affectadas flexas de chloroplatinato de zinco, de potassa caustica, e lapis de nitrato de prata mitigado. Flexas de

chlorureto de zinco foram introduzidas nos tecidos por Besnier em uma doente, que tratou em 1891. Dirigindo suas vistas para a natureza parasitaria da doença cogitaram os auctores de recorrer ao emprego das substancias anti-septicas. Assim Lang, em 1881, fez nos tecidos alterados injecções de soluções a 1|2 o|o de acido salicylico, e de 2 o|o de salicylato de sodio, ao mesmo tempo que administrava internamente o acido salicylico na dóse de 2 grs. diarias. As injecções intersticiaes de soluções de acido phenico não têm sido tambem proveitosas. Cornil entendeu ser de utilidade introduzir nas zonas affectadas o ether iodoformado, ao mesmo tempo que internamente dava o iodureto de potassio. As pincelagens de acido lactico foram feitas por Dundas Grant, tambem sem vantagem.

Klotz, em 1894, tratou um doente com aplicações topicas de um sal mercurial.

Lembrou-se Stoukowenkoff, em 1894, de proceder ás injecções intersticiaes de soluções, em dóse crescente, do licôr de Fowler, na proporção de 2, 4, 8 e 12 o|o, seguindo esse exemplo no anno seguinte Simonowski, na mesma percentagem, ambos abonando a efficacia do methodo. As injecções de thiosinamina foram empregadas por Glas, em 1905, conseguindo determinar o amollecimento dos nódulos e em seguida introduzia nas partes angustiadas apparelhos dilatores. Quanto ao tratamento geral, o iodureto de potassio sempre gozou de certa preferencia, e ultimamente o 914 grangeu os favores de alguns auctores, como Balzer e Barthélemy, Liech, de S. Petersburg, e Hölscher, de Berlim, que con elle obtiveram exito.

A vaccinotherapia tem sido tambem ensaiada, sem contar todavía nenhum triumpho. Esse methodo foi posto em pratica por Harry Alderson, Dickson, e outros, sem grandes vantagens. Harmon, Smith e Güntzer empregaram simultaneamente a vaccina autogena e os raios X, segundo communicação feita á New York Academy of Medicine, em 1909, o que provocou a objecção de correrem as melhoras por conta do agente physico. O tratamento cirurgico não merece particular referencia, porque consta de pequenas intervenções, como a extirpação dos tumores, curetagens, etc. Quanto aos agentes physicos tem se empregado *larga manu* o galvano e o thermocauterio, não constando que se tenha valido para a cura pelo frio, como a neve carbonica, pulverisações do chlorureto de ethyla, chlorureto de methyla, etc.

Os raios X têm aliciado grande numero de proselytos, que não escondem seu enthusiasmo pelo resultados colhidos. Scher-

ber conseguio remover lesões antigas, em 1905, e Stelwagon, em 1916, colheu excellente resultado com esse meio, associado ao *radium*. Anteriormente Dantiger e Pollizer conseguiram em uma russa a cura com o emprego dos raios X.

Tambem preconisam esse recurso therapeutico, por terse mostrado de certa efficiencia, Mackee e Wise (1917), Gottheil-Hannon Smith e Güntzer. Não padece duvida que a Röntgentherapia seja de grande utilidade da doença, mas ha conjuncturas, em que o methodo terá forçosamente de ficar de lado, por impraticavel. Quando as neoplasias se localisam em zonas profundas, pouco accessiveis a acção dos raios X, torna-se precaria a technica, sendo o medico obrigado a renunciar a esse meio. Grandes vantagens, neste particular, offerece o *radium*, que, contido em apparelhos de pequeno volume, e de conformação especial, podem ser levados a logares, que com difficuldade são attingidos. O grande poder de penetração dos seus raios faz com que se o considere o melhor recurso no tratamento da curiosa affecção.

O *modus faciendi* é de conhecimento bem vulgarisado, pelo que não comporta aqui uma exposição detalhada a respeito. A applicação é feita directamente na séde da lesão por meio de placa, quando se trata de superficie, e de tubo encerrando o sal do *radio*, quando se tem de lidar em cavidade. Para reduzir o tempo de duração do tratamento, pode-se proceder a applicação dos apparelhos depois da retirada das neoplasias, quando não houver contraindicção para a intervenção. Tendo de se agir sobre lesões consistentes, e situadas a certa profundidade, na trama dos tecidos, uma vez que sejam applicados apparelhos de *radium*, irão elles revestidos dos filtros necessarios, porquanto teremos de aproveitar os beta duros ou os gamma. De maior vantagem será, em certas emergencias, empregar-se a emanação, pela qual optam muitos especialistas, em agulhas finissimas, que ficarão implantadas nos tecidos affectados. Em nossas mãos o resultado da *radiumtherapia* foi tão brilhante, após o mallogro em um dos doentes da intervenção cirurgica reiterada, que julgamos ser actualmente esse o methodo de escolha no tratamento do *rhinoscleroma*.

Dos elementos de consulta, que tivemos á nossa disposição, em revistas e tratados, apenas conseguimos saber que a radiumtherapia foi empregada por Kahler (segundo referencia no tratado de Lazarus), por Cr. Esdra, na Italia, e em Buenos Ayres por Newton e Escalada (M.), segundo citação contida no livro de Castro Escalada (Curietherapia).

CONCLUSÕES

I. O rhinoscleroma raramente tem sido observado no Brasil (8 casos).

II. As lesões assestam-se no nariz, na pharynge e larynge, podendo haver tambem localisações distantes d'essas zonas.

III. Póde ser considerado como seu causador o diplobacillo encapsulado de Frisch, microbio cultivavel, porém que inoculado nos animaes até hoje não produzio as lesões caracteristicas, que determina no homem.

IV. Nos tecidos encontram-se elementos de configuração especial, as cellulas de Mickuliez e os corpusculos de Russell, ambos de valor para confirmação do diagnostico.

V. Convem nos casos recentes tentar-se o tratamento pelas injecções endovenosas da solução centesimal do tartaro estibiado.

VI. Póde-se obter a cura do rhinoscleroma nos casos adiantados, com o emprego do radium, em altas dóses. Alem dos factos conhecidos anteriormente (casos de Kahler, de Esdra, e de Castro Escalada), conseguimos em dois doentes tratados no Rio a cura completa, com excellente esthetica da parte.

É este até hoje o unico meio de tratamento em que se póde confiar.

BIBLIOGRAPHIA

Alvarez.—Recherches sur l'anatomie pathologique du rhinosclerome. Arch. de Physiologie normale et path. 1886. Pag. 196.

Balzer et Barthélemy.—Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. 1914. Pag. 244.

Besnier (E.).—Traitement du rhinosclerome. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1891. Pag. 603.

Breda (A.).—Rapporti tra i bacilli e le degenerazione jaline del rinoscleroma. 7893. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

Bunch.—Dermatological Society of London. 1889.

Castex. La pratique dermatologique, Tome IV.

Castro Escalada.—Curieterapia. Vol. II. 1916. Pág. 96.

Chiappa.—Sul valore dei cosi detti globi jalini del rinoscleroma. 1888. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Pag. 187.

Cornil et Alvarez.—Sur les microorganismes du rhinosclerome. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1885. Pag. 202.

Cornil.—Le rhinosclerome. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1885. Pag. 97.

Cornil et Alvarez.—Mémoire pour servir à l'histoire du rhinosclerome. Arch. de Phys. normale et Path. 1885. Pag. 2.

Colombini.—Sulla cura del rinoscleroma. La riforma med. 1872.
Dantziger et Pellitzer (New York).—The British Jl. of Dermatology. 1911. Pag. 336.
Ducrey. — Societá Italiana de Dermat. 1877.
Ducrey.—14º Congrès de l'association medicale ital. 1892. (Annales de Dermat. et Syphiligraphie).
Ducrey.—Quattro casi de rhinoscl. Contributo clinico, istologico e batteriologico allo studio de quest'affezione di esperienza vitale fra i bacilli, etc. Giorn. ital. M. ven. 1892.
Dundas Grant.—British Jl. of Dermat. 1900. Pag. 291. Rhinoscleroma.
Esdra.—Nuovo contributo alla radiumterapia. Giorn. ital. mal. ven. e della pelle. 1908. Pag. 237.
Esdra (Cres).—Radiumterapia. Estratto dal Bolettino della R. Academia Med. de Roma. Anno XXXV. 1909. Pag. 25.
Finch Noyes (Melbourne).—The Brithish Jl. of Dermat. 1890. Pag. 106.
Florence (Ataliba).—6º Congresso med. brazileiro. S. Paulo, 1909.
Fox. (G. H.).—Rhinoscle. The Jl. of Cut. Deseases. 1916. Pag. 115.
Gerber.—Annales de Dermat. et Syph. 1912.
Glas.—Wiener. Kl. Wosch. 1803.
Gotheil. Rhinoscl. The Jl. of. cut. Des. 1917. Pag. 269.
Gottheil.—Rhinoscl. The Jl. of cut. Des. 1919.
Grover (W. Wende). — A case of rhinoscl. originating in the U. S. A. Jl. of cut. and genito-urin. Des. 1896.
Guinard (C.).—Thèse de Paris. 1892.
Harmer.—Wiener Larming. Gesellch. 1901.
Harmon-Smith. — Rhinoscleroma. The Jl. of cutaneons Des. 1901. Pag. 10 (New York Acad. of Medicine, Section on dermatology).
Huber. — Arch. of Derm. u. S. 1901.
Hartigan. — (T. J. P.) and Stwart Law. A case of rhinosc. British Jl. of Derm. 1903.
Hartigan.—The British Jl. of Derm. 1908. Pag. 368.
Harry Alderson.—A case of Rhinoscl. The Jl. of cutaneous Des. 1918.
Jacquet (L.) — Bacteries du Rhinoscl. Annales de Dermatologie et Syph. 1871. Pag. 603.
Jacquet (L.) — Sur un cas de rhinoscl. Annales de Dermatologie et Syph. 1892.
Jackson.—Case of rhinoscl. New York Dermat. Society. 1892.
Jackson (T. L.).—A case of rhinoscl. Jl. of cutaneous and genitourin. Deseases. 1893.
Jaja — Alcune richerche batteriologiche su di un caso de rinoscl. Giorn. ital. mal. ven. e della pelle. 1891. Pag. 5.
Jancky.—Medical News. 1901.
Kaposi.—Société viennoise de Dermatologie. (Annales de Dermat. et Syph. 1897. Pag. 83).
Kaposi.—Société viennoise de Dermat. 1878.
Kaposi.—Traité des maladies de la peau.
Keegan.—British Jl. of Dermat. 1887. Pag. 243.
Klotz. — The Jl. of cut. Dis. 1895.

Kraus (A.) — On the question of metastatic growth in the lymphatic glands in rhinoscleroma. (Arch. of Dermat. u. s. 1904).
Lamanna (P.) — Ricerche istologiche su di un caso di rinoscleroma. Giorn. ital. mal. veneree e della pelle. 1907. Pag. 215.
Lang.—Wiener Med. Woch. 1883.
Lang.—Société viennoise de Dermatologie. 1891.
Lazi.—Clinica Dermosifilopatica dell'Universitá de Roma. 1903.
Laquer.—Rhinoscleroma Beilag zun Centralblatt of Med. 1889.
Lazarus. — Radiumtherapie und Hautkrankheiten. Pag. 401.
Lutliner. — Ein fall von Rhinosklerom der Nase. Berliner Klin Wosch. 1891.
Lutz (A. F.).—Rhinoskl. Monasheft f Prakt. Dermat. 1890.
Mackee.—F Wise-Rhinoscleroma. The Jl. of cut. des. 1917. Pag. 190. New York Acad. of Med.
Mackee. — The Jl. of cut. des. 1917. Pag 477.
Mackenzie (M.).—1886. The Bristish Jl. of Dermat. 1883.
Majocchi. — Ann. de Dermat. et Syph. 1392.
Mages.—Ann. de Dermat. et Syph. 1913.
Mazza.—Soc. ital. de Dermatologia. 1887.
Mazza.—Sul rinoscl. Giornale ital. malattie veneree e della pelle. 1898.
Marschalko (Th. V.).—Zur histologie des Rhinoskl. arch. f. derm. u. Syph. 1900.
Max Topplitz f. Kreuder.—American Jl. of Med. Sciences. 1905.
Melle.—Il bacillo del rinoscl. Giornale ital. veneree e della pelle. 1888.
Montegazza.—Sperimental. 1901.
Orc.—Gazzeta intern. de Medicina pratica. 1903.
Orc.—Due casi de rhinoscleroma. Giorn. ital. malat. veneree e della pelle. 1896.
Paltauf. — Wiener Klin Woch. 1891-92. Aetiologie des Sklerom des Rachen, des Kelkopfes, der Sulftröwe und der nase.
Pasini (A.).—Giornale ital. de malattie veneree della pelle. 1920.
Pasquali Lanjo.—Natura del rinoscleroma. 1913. Giorn. ital. de malattie veneree e della pelle.
Payne e Lemon.—The Jl. of cut. der 1886. Pag. 20.
Rona.—Ueber Rhinosk. Arch. f Dermatologie u. s. 1889.
Reiley.—Serologic reactions in a case of rhinoscl. The Jl. of cut. des. 1919. Pag. 447.
Ridygier.—Beilag zun Centralblatt f Chir. 1889.
Rona (S.).—Arch. f. Derm. u. s. 1901. Rhinoskl.
Schridde (H.) — On the histology of the rhin. 1905. The British Jl. Dermatology. (Arch. f. Derm. u. s. 1905).
Scherber.—Wiener Dermat. Gessell. 1905.
Secretan et Stilling.—Note sur um cas de rhinoscl. Revue méd. de la Suisse normande. 1892.
Secchi (T.)—Observazioni sulla istologia ed etiologia del rinoscl. 1898.
Simonowski.—Soc. des médecins russes de S. Petersbourg. 1895.

Stelwagon. — Rhinoscl. Undergoing to malignant. The Jl. of cut. des. 1919. Pag. 185.
Stoukowenkoff. — Traitement du rhinoscl. V.e Congrès med. russe. 1894. (Ann. de Dermat. et Syph. 1894. Pag. 854).
Tommasoli (Pierlone). — Contributo allo studio del rinoscl. 1884. Giorn. ital. malattie ven., etc. Pag. 251.
Wickam.—Traitement du rhinoscl. Ann. de Dermat. et Syph. 1896.
Wolkowitsch.—Das Rhinoskl. Arch. f. Klin. Chir. von Lagenbeck. 1889.

Contribución al estudio del Rinoescleroma

POR EL DR. ERNESTO CERVERA (México)

(Trabajo leído por el Dr. Joaquín González)

PREFACIO. — No ha sido nuestro objeto hacer una descripción detallada del rinoescleroma. Quien tal desee conocer puede consultar los trabajos de Kaposi, Hebra, Mikulicz, Frisch, Pellizari, Cornil, Alvarez, Guevara, Dreschfeld, Parloff y Stepanow, Giovanni, Melle, Wolkowitsch, Jacquet, Gutiérrez, Stepanow, Baumgarten y otros más que se encontrarán citados en la Bibliografía que ha reunido A. Castex al final de su artículo "Rinoescleroma" del "Tratado de Dermatología Aplicada", publicado bajo la dirección de M. M. Ernest Bernier, L. Brooq y L. Jacquet. A esta lista de importantísimos estudios, debemos añadir dos bellísimos artículos del sabio doctor don Manuel Toussaint: "Algunos casos de rinoescleroma", memoria publicada en la sección de Cirugía del 1.er Congreso Médico Mexicano, verificado en 1892, y publicada en el "Boletín del Instituto Patológico", segunda época, tomo IV, N.º 12. México, marzo de 1907. "Las formas anómalas del rinoescleroma", publicado en el "Boletín del Instituto Patológico", segunda época, tomo I, N.º 3. México, mayo de 1903.

En la presente memoria sólo nos proponemos relatar las particularidades que hemos encontrado al hacer el estudio metódico del bacilo de Frisch y las reflexiones que ellas nos sugieren. Quizá algunas ya estén señaladas en otra publicación que no conocemos, pues bien sabido es con qué dificultades se tropieza en nuestro medio para documentarse en este género de trabajos. Si es así, válgame entonces esta disculpa.

No quiero terminar este prólogo sin hacer presentes mis agradecimientos al sabio profesor y micrógrafo don Isaac Ochoterena, ventajosamente conocido en el mundo científico por sus trabajos de Histología Comparada, quien me ha auxiliado con su irreprochable técnica histológica y ha tomado un empeño grandísimo en la impresión de mi humilde trabajo. A mi querido maestro, el distinguido neurologista, doctor don José Mesa y Gutiérrez, por haberme proporcionado el caso clínico, ilustrándome con sus consejos, y poniendo a mi disposición su excelente biblioteca. A los competentes facultativos don Ricardo E. Cicero y don Miguel Estrada Cervera, por haberme proporcionado indicaciones bibliográficas muy interesantes, y al reputado hombre de ciencia doctor don Manuel Toussaint, que, con modestia suma, me habló de sus trabajos y en cuyos artículos no sé qué admirar más, si el riguroso método de investigación científica o la belleza de la forma en que están escritos.

Introducción. — A nuestro laboratorio llegó un enfermo, que nos enviaba nuestro estimado maestro, el doctor don José Mesa y Gutiérrez, con el diagnóstico clínico y microscópico de rinoescleroma y con el cual deseaba que hiciéramos un ensayo de bacterioterapia autógena, ya que esta enfermedad es tan renuente a las distintas formas de tratamiento que hasta hoy se han seguido. El caso nos interesó bastante y procedimos a una serie de investigaciones que hoy aprovechamos para esta tesis.

Breve historia clínica. — El paciente, de 38 años de edad, presenta un tumor que ocupa toda la nariz, habiendo destruído su ala derecha y el labio superior hasta dejar descubiertos los incisivos. La superficie de la neoplasia es roja, lisa y brillante en unas partes; en otras, tiene un aspecto cicatricial, y, en otras, en fin, está cubierta de escamas blancas y pequeñas. Toda la producción tiene esa consistencia que Hebra ha comparado a la del marfil y Mikulicz a la del yeso. El surco gingivo-labial está ocupado por dos nódulos, situados a uno y otro lado de la línea media. Hay una ulceración de bordes sinuosos y fondo gris, liso y brillante, situada en la cara superior de la lengua, muy cerca de la punta del órgano, y a la derecha de la línea media. La úvula no existe; todo el istmo de la garganta tiene consistencia cartilaginosa y en la pared posterior de la faringe existen nódulos duros. En la re-

gión suprahioidea se sienten dos ganglios elásticos, del tamaño de un garbanzo, y sin adherencias.

El principio de la enfermedad fué hace ocho años, siendo el mismo que se observa en la mayoría de los casos, es decir, catarro nasal crónico y rebelde al tratamiento, con expulsión de mucosidades amarillentas, epistaxis que se presentaban frecuentemente al tiempo de lavarse la cara, y sordera. Después se formó un nódulo del lado derecho, a la entrada de las fosas nasales, lo que hizo creer a un médico que se trataba de un pólipo. El proceso se extendió más tarde invadiendo el ala de la nariz, el labio superior y el surco gíngivo-labial.

No se ha dado ningún otro caso de rinoescleroma en la familia del paciente.

Aislamiento del bacilo de Frisch. — El cultivo fué muy fácil de lograr. Esterilizamos la piel con tintura de yodo sobre uno de los nódulos del dorso de la nariz, hicimos una pequeña incisión, raspamos los tejidos con el asa de platino, sembramos un tubo inclinado de gelosa y lo pusimos en la estufa a 37° C. Al día siguiente el cultivo estaba completamente desarrollado; parecía como si se hubiera extendido una capa de moco en la superficie inclinada de la gelosa y había un líquido turbio y viscoso en el ángulo formado por esta superficie con la pared del tubo.

Una pequeña cantidad del cultivo de 24 horas fué emulsionada en suero artificial estéril y una gota se extendió en la superficie de una placa de agar para obtener colonias aisladas, una de las cuales sembramos en otro tubo de gelosa, para hacer, con un cultivo puro, todos los estudios que vamos a relatar.

Caracteres bacteriológicos. — En gota suspendida se ven bastoncitos inmóviles, de extremidades arredondadas, no esporulados.

En una preparación hecha por el método de Gram, se observan bacilos que, por término medio, miden tres micras de largo y seis décimos de micra de ancho; pero en la misma preparación, por más que el cultivo sea puro, existen también elementos pequeños esféricos y formas largas de siete micras o más. Estos bastoncitos tienen, como ya dijimos, las extremidades arredondadas, están aislados o reunidos por pares, se encuentran rodeados de una cápsula de la cual se tiene una imagen negativa en esta preparación y no toman el Gram.

Es por defecto de técnica, seguramente, que algunos autores dicen que toman el Gram.

Para hacer la coloración de cápsulas en las bacterias de un cultivo de 24 horas sobre agar, empleamos dos procedimientos: el de Hiss (1) y el de Muir (2).

Procedimiento de Hiss. — Es muy fácil de ejecutar. Se diluyen 5 cc. de solución alcohólica saturada de violeta de genciana en 95 cc. de agua destilada, se cubre el frotis con este colorante, se calienta por algunos segundos hasta la emisión de vapores, se lava con una solución de sulfato de cobre al 20 o|o y se seca con papel filtro. Las bacterias quedan teñidas en violeta y las cápsulas en lila.

Procedimiento de Muir. — Requiere mayor número de reactivos y, por lo tanto, es un poco más complicado. Se seca el frotis, se colora con *Ziehl*, por medio minuto, calentando hasta emisión de vapores, se lava rápidamente con alcohol metílico y luego con bastante agua, se pone el mordente por diez segundos (solución acuosa saturada de bicloruro de mercurio: dos partes, solución de tanino al 20 o|o: dos partes, solución acuosa saturada de alumbre de potasa: cinco partes), se lava bien con agua y después con alcohol metílico hasta color rojo pálido, para lo cual basta, generalmente, un minuto, se vuelve a lavar con agua, se da el color de contraste tiñendo con solución acuosa de azul de metileno durante un minuto, se lava por última vez y se examina. Las cápsulas están teñidas en azul y las bacterias en rojo.

Siguiendo el consejo de Cajal, hicimos con el profesor Ochoterena la coloración de los cortes con tionina fenicada. En el interior de las células de Mikulicz y también fuera de estas células, encontramos numerosas bacterias con sus cápsulas teñidas.

Caracteres de los cultivos. — En caldo, después de 24 horas de incubación a 37° C., hay enturbiamiento uniforme y depósito en el fondo del tubo, que se incorpora fácilmente. Además, se forma en las paredes del tubo y encima del cal-

---

(1) **Hiss**, Jr. P. H. A. Contribution to the Physiological Differentiation of Pneumococcus and Streptococcus, and to Methods of Staining Capsules. The Journal of Experimental Medicine. Volume 6. Núm. 4. 1901-905.

(2) **Mallory and Wright.** Pathological Technique. Seventh Edit.

do, un anillo gris, de dos milímetros de altura, difícil de desprender por agitación del cultivo, y que nos ha parecido muy constante, pues lo hemos observado cuantas veces hemos hecho la siembra en caldo.

En gelatina se desarrolla a la temperatura de laboratorio un cultivo en forma de clavo, perfectamente característico. El medio de cultivo no es licuado.

En gelosa la estría es mucosa y se extiende rápidamente a toda la superficie del medio de cultivo. Al tomar una partícula con el asa de platino, muchas veces es hilante. Las colonias de 48 horas son redondas, transparentes, de dos a tres milímetros y muy pronto entran en confluencia. Estos cultivos en gelosa, vistos por transparencia, presentan irisaciones, siendo el fenómeno más marcado con luz artificial. Las emulsiones en suero artificial forman por agitación ondas *moirées*, como las del bacilo tífico.

Después de diez días a 37º C. la leche no es coagulada.

Reacciones bioquímicas. — Se admite en la mayor parte de los tratados de Microbiología que este bacilo no hace fermentar los azúcares. Nosotros hicimos un estudio detenido de este asunto, empleando el tubo diagnóstico que recomienda Besson (1) en la última edición de su "Técnica Microbiológica y Seroterápica", para distinguir los gérmenes del grupo coli-tífico.

En un litro de caldo sin peptona (agua de carne), se disuelven cuatro gramos de glucosa y 3 cc. de solución acuosa de rojo neutro al 1 o|o. Se reparte en cantidades de 15 cc. en tubos de ensayo que contienen un tubo de hemolisis invertido para que sirva de campana de fermentación (Tubo de Durham), y se esteriliza al 110° C. En estos cultivos puede apreciarse la reducción del rojo neutro, los cambios de reacción y la producción de gases.

Además, preparamos otros tubos con esta misma fórmula, pero sustituyendo la glucosa por lactosa en unos y maltosa en otros. Por último, dispusimos series que contenían uno de estos azúcares, sustituyendo el rojo neutro por el indicador de Andrade, que se prepara mezclando 100 cc. de una solución acuosa de fucsina ácida al 0.5 o|o con 16 cc. de solución normal de sosa cáustica. Después de 40 horas a 37° C., pudimos apreciar que había producción de ácido en los tubos que contenían glucosa, un poco menos en los de maltosa,

(1) Dr. **Albert Besson.** Technique Microbiologique et Sérothérapique. 7e edition, 1920.

y casi nada en los de lactosa. En estos últimos, se notaba una ligera fluorescencia, especialmente en el interior de la campana, lo cual estaba indicando un principio de reducción del rojo neutro. La acidez fué acentuándose y a los cinco días el tubo de glucosa tenía el color amaranto de un cultivo de bacilo tífico de 24 horas en el mismo medio. En ningún caso hubo producción de gases. Esta descripción se puede seguir en láminas de colores, donde, además de los tubos sembrados con bacilo del rinoescleroma, están representados dos tubos testigos para mostrar el color de los indicadores antes de hacer las siembras, y cultivos de colibacilo, germen que hace fermentar los tres azúcares que estudiamos con producción de gases y reducción del rojo neutro. Para demostrar mejor la fluorescencia, una de las acuarelas fué hecha viendo el tubo por reflexión sobre un fondo negro. Cultivando el bacilo en agua peptonada al 1 y 5 o|o, no hubo producción de indol.

Inoculaciones. — El bacilo de Frisch es generalmente considerado como desprovisto de virulencia para los animales de laboratorio. Sin embargo, Parloff y Stepanow, (1) en lugar de hacer la inoculación en la mucosa nasal o la piel de los labios, que no había dado resultado en manos de otros experimentadores, la hicieron en la cámara anterior del ojo del cuy, unas veces con fragmentos del neoplasma y otras con cultivos puros. Dos meses después encontraron detrás de la córnea una masa amarillenta, de la cual pudieron obtener cultivos puros de bacilos de Frisch.

Nosotros hicimos una inoculación intravenosa en el conejo y una inyección intraperitoneal en el cuy y la rata blanca. El material empleado en los tres casos fué 1 asa (de 2 milímetros) de cultivo de 24 horas sobre agar, emulsionada con 1 cc. de suero artificial estéril.

La rata blanca amaneció muerta. Cuando examinamos la serosidad peritoneal encontramos algunos bacilos solamente en el interior de los fagocitos. La sangre y las vísceras no contenían gérmenes. Es de suponerse que la desintegración de las bacterias puso en libertad algunas sustancias tóxicas que determinaron la muerte.

El cuy inyectado en la cavidad peritoneal y el conejo inoculado en la vena auricular, no han presentado ningún síntoma,

(1) **Parloff y Stepanow.** Medicenkois Obozrenie. N° 20. Bulletin médical, 16 dec., 1888.

aunque los gérmenes empleados eran de la primera generación que se obtuvo después de aislarlos del enfermo.

El tiempo no nos ha alcanzado para repetir los experimentos de Parloff y Stepanow.

Estudio suerológico. — Teniendo un cultivo puro de bacilos de Frisch, procedimos a estudiar la aglutinación y la fijación del complemento con el suero del paciente. El resultado de la aglutinación fué nulo, puesto que el suero del enfermo, no aglutinó a los bacilos de un cultivo de 24 horas ni al 1 × 25, en bañomaría a 55° C. dos horas y dejando los tubos toda la noche en el refrigerador. Más afortunados fuimos con la fijación del complemento, que se hizo empleando un antígeno preparado emulsionando un asa (de 2 milímetros) de cultivo de 24 horas sobre agar, con 1 cc. de suero artificial estéril y calentando la emulsión 3|4 de hora a 58°. Los otros elementos empleados (complemento, amboceptor hemolítico y glóbulos de carnero), fueron los mismos que acabamos de usar para la reacción de Wassermann. Además, pusimos como testigos un suero positivo y otro negativo al Wassermann.

Como se verá en el siguiente cuadro, el suero del enfermo fijó parcialmente el complemento con 0.1 cc. de antígeno y totalmente con 0.2 cc., mientras que los otros dos sueros. que, como ya dijimos, habían sido uno positivo y otro negativo al Wassermann, no fijaron el complemento, ni con 0.5 cc. del mismo antígeno.

Fijación del complemento usando como antígeno bacilos de Frisch

Suero Artificial	3.	2.9	2.8	2.7	2.6	3.	2.9	2.8	2.7	2.6	3.	2.9	2.8	2.7	2.6
Antígeno	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
Complemento al 1×10 (2 1/2 unidades)	0.5	0.5	0.5	0.5	0 5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Suero del enfermo de Rino - escleroma.	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suero pasivo al *Wassermann.*	—	—	—	—	—	0.2	0 2	0.2	0.2	0.2	—	—	—	—	—
Suero negativo al *Wassermann*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.2	0.2	0.2	0 2	0.2

	Una hora a 37° C. en baño-maría														
Amboceptor anti-carnero al 1 × 500, 2 unidades.		0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Suspensión de glóbulos de carnero al 5°/₀		1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.	1.
	Media hora a 37° C. en baño maría														
RESULTADO	Hemolisis parcial	No hubo hemolisis	No hubo hemolisis	No hubo hemolisis	No hubo hemolisis	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total	Hemolisis total

En vista de estos resultados, emulsionamos 4 asas (de 2 milímetros) de cultivo de 24 horas sobre agar en 10 cc. de suero artificial, calentamos una hora a 60° C. y le pusimos a un conejo 4 inyecciones de esta emulsión, en la vena marginal de la oreja, con intervalos de 8 días y a las dosis de 1|4 cc., 1|2 cc., 3|4 cc., 1 y 1 1|2 cc. Ocho días después de la cuarta inyección se recogieron 5 cc. de sangre de la vena auricular y, lo mismo que con el suero del enfermo, se procedió a investigar si existían aglutininas y sensibilizadora. Aglutinación no hubo ni en dilución al 1 × 25; en cambio, el suero del conejo, en cantidad de 0.2 cc., fijó el complemento hasta con 0.1 cc. de antígeno de bacilos de Frisch. Inútil reproducir el protocolo de esta investigación, porque es exactamente igual a la que hicimos con el suero del paciente. Bástenos decir, tan sólo, que en una serie de tubos que contenían 0.2 cc. de suero de un conejo normal, y en otra sin suero de conejo, no hubo fijación del complemento ni con 0.5 cc. del mismo antígeno.

También hicimos la reacción de Wassermann con el suero del paciente, empleando el antígeno de Noguchi, purificado por la acetona (lipoides insolubles en la acetona), y obtuvimos una reacción intensamente positiva. Instituímos entonces un tratamiento con neosalvarsán a las dosis de 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90 y 0 gr. 90, con intervalos de 8 días. Una semana después de la última inyección de 0 gr. 90, y antes de aplicar otra inyección de la misma cantidad de neosalvarsán, recogimos una muestra de sangre y repetimos las reacciones de Wassermann, Hecht-Weimberg y Jacobsthal. El resultado fué tan intensamente positivo como antes del tratamiento.

Estas mismas reacciones practicadas con 0.2 cc. del suero de conejo, que había adquirido la propiedad de fijar el complemento con bacilos de Frisch, fueron completamente negativas.

Bacterioterapia. — Con una bacterina preparada emulsionando en suero artificial cultivos de 24 horas de los bacilos aislados del mismo enfermo, esterilizada a 60° C. una hora y conteniendo 1,000 millones de bacterias por centímetro cúbico, le inyectamos dosis de 1|4, 1|2, 3|4, 1 y 1 1|2 cc. a intervalos de ocho días, sin obtener ninguna mejoría. El suero, después del tratamiento, tampoco era aglutinante y los cultivos podían lograrse de las lesiones con la misma facilidad que antes.

Discusión. — El suero del paciente, que no es aglutinante para los bacilos de Frisch, tiene, sin embargo, la propiedad de fijar el complemento con estos bacilos. Se sabe que el poder aglutinante de un suero no siempre es paralelo a su poder lítico. Así, los sueros de convalecientes de fiebre tifoidea, usados por Bordet-Gengou en 1901, en sus investigaciones sobre la fijación del complemento, y que provocaban activamente este fenómeno, eran poco aglutinantes, Como, según Bordet, (1) la producción de aglutininas en los animales que se inmunizan es un fenómeno general y éstas se hacen aparecer hasta con microbios desprovistos de virulencia, debemos suponer que la falta de aglutinación es debida a los bacilos y no al suero. El neumobacilo de Friedlander, con el cual tiene tanto parecido el bacilo del rinoescleroma, y otras bacterias encapsuladas, son muy difíciles de aglutinar. La experimentación en el conejo nos ha permitido reproducir, en este caso, lo que ya habíamos observado en el enfermo, puesto que hemos obtenido un suero que aunque no aglutina los bacilos de Frisch, fija, sin embargo, el complemento sobre estos mismos bacilos. He aquí un ejemplo en que la existencia de anticuerpos no se ha podido demostrar por la aglutinación, y sí por el método de la desviación del complemento.

Además de esta fijación específica, el suero del paciente tiene la propiedad de fijar el complemento con antígeno de lipoides. la fijación específica, según leemos en la Bacterio-

(1) **Jules Bordet.** Traité de L'inmunité dans les Maladies infectieuses, 1920, página 289.

logía de Dopter y Sacquepée (1), ya había sido obtenida por Goldzieher y Neuber; pero la fijación no específica, con lipoides, no la hemos visto señalada en los libros que hemos podido consultar. Kolmer (2), Graig (3), Ronchese (4), Joltrain (5) y Kolle (6), al tratar de las enfermedades, distintas de la sífilis, que pueden dar la reacción de Wassermann positiva, mencionan la frambœsia (yaws), la lepra, especialmente de forma nodular, el paludismo durante los accesos, la fiebre recurrente, la escarlatina, la pelagra, las tripanosomiasis, las esplenomegalias crónicas, la icteria y la tuberculosis; pero no citan el rinoescleroma. Tampoco veo anotado ningún trabajo relativo a este asunto en la copiosa bibliografía que trae Joltrain al final de su libro a que nos hemos referido.

Con los perfeccionamientos de la técnica, el número de enfermedades distintas de la sífilis, en las cuales la reacción de Wassermann es positiva, se ha reducido considerablemente; pero hasta los más ardientes defensores de la especificidad de esta reacción, aceptan que puede observarse en la frambœsia, enfermedad que tiene tantas analogías con la sífilis, y en la lepra nodular.

Según Jeanselme (7), el tratamiento apropiado que hace desaparecer la reacción de Wassermann en los sifilíticos, la deja intacta en los leprosos, permitiendo distinguir éstos de aquéllos.

Aceptando que la reacción de Wassermann puede presentarse en otras enfermedades, además de la sífilis, nos preguntamos si nuestro enfermo da esta reacción porque es sifilítico, o si el rinoescleroma puede darla también, y debe figurar, por tal motivo, en el grupo *Wassermanni de Azua.* Sabemos qué difícil es excluir completamente una infección sifilítica, pues aunque falten los antecedentes y los signos de esta enfermedad, si la reacción de Wassermann es positiva, la sífilis debe buscarse siempre por el tratamiento de prueba. Comprendemos también que en los casos antiguos algunas veces es imposible hacer variar la reacción. Por esto es que, aunque en nuestro enfermo se hayan reunido todas las circunstancias que hacen pensar que no es sifilítico, inclusive el resultado negativo de

---

(1) Dopter y Sacquepée. Bacteriología.
(2) **Kolmer.** Infection Inmunity and Specific Therapy, 1917.
(3) **Craig.** The Wassermann Test., 1918.
(4) La Reacción de Bordet-Wassermann, 1919, Ronchese.
(5) **Joltrain.** Nouvelles Méthodos de Sero-diagnostic.
(6) **Kolle** y **Hetsche.** La Bacteriologie Experimentale, 1916.

las investigaciones hechas con el líquido céfalo-raquídeo, antes de afirmar que ha dado la reacción por su padecimiento nasal, y que el rinoescleroma, como la lepra, puede dar la reacción de Wassermann, debemos estudiar mayor número de casos.

CONCLUSIONES

I. Creemos haber demostrado que el bacilo de Frisch produce ácido con glucosa y maltosa, y que reduce ligeramente el rojo neutro, sobre todo en presencia de lactosa.

II. Hemos confirmado los trabajos de Goldzieher y Neuber, demostrando que el suero de los enfermos de rinoescleroma contiene una sensibilizadora específica para el bacilo de Frisch.

III. Hemos demostrado, tanto con el suero del paciente, como con el suero de un conejo inyectado, que el bacilo de Frisch, lo mismo que el de Friedlander, y otras bacterias encapsuladas, es poco aglutinable.

IV. Probablemente el rinoescleroma es de las enfermedades que, como la lepra, pueden dar una reacción de Wassermann positiva, en la ausencia de la sífilis.

Nota.—Estando ya en prensa este trabajo, he tenido ocasión de estudiar una enferma de rino-escleroma que bondadosamente me proporcionó el doctor señor Guillermo Parra, y que dió la reacción de Wassermann positiva, sin ser sifilítica.

DISCUSION

Joaquín González (México).—Quiero hacer constar mi felicitación al doctor Fernando Terra, por su interesante comunicación de Rinoescleroma, en que demuestra el éxito de la Radiumterapia en esta penosa afección.

Eduardo Jonquières (Buenos Aires).—Agrega sus felicitaciones a las del doctor González, y hace notar que es el único tratamiento eficaz. Se explica por la acción electiva que tiene el radio sobre los tejidos esclerosos patológicos.

Leishmaniosis

Etiología. — Frecuencia — Formas clínicas

POR EL DR. MATEO ARRIOLA MORENO (Asunción)

(Jefe de Clínica Médica del Hospital Nacional)

Ex Interno del Hospital Rawson de Buenos Aires

Esta afección ha sido estudiada por primera vez por W. Leishman, de allí su nombre. Su etiología es debida a un protozoario llamado Leishmania. Leishman lo estudió en 1903, en el Kala Azar; y Dónovan, seis semanas después, lo estudió. dándole el nombre de Leishmania Donovani.

En cuanto a las formas clínicas diremos que existen: *la leishmaniosis visceral* (que comprende la *anemia esplénica infantil* y el *Kala Azar indiano), y la leishmaniosis cutánea* y la *cutáneo mucosa* (que comprende el botón de Oriente y la leishmaniosis americana).

El Kala Azar infantil se observa en Francia. El Kala Azar indiano en el Indostán. La leishmaniosis se observa también en el niño y en el perro portador del virus.

Las *leishmaniosis viscerales* constituyen las llamadas *anemias esplenomegálicas febriles*, de larga evolución. El parásito habita de preferencia en el hígado, en el bazo y en la médula ósea, en el endotelio de los vasos sanguíneos.

No se observa en las células de los parénquimas ni en la sangre circulante. Se observan dos clases de esta leishmaniosis:

1.° La *leishmaniosis infantil mediterránea.*

Ella es caracterizada por fiebre, anemia intensa y bazo grande, que ya estudiaremos. Ataca preferentemente a los niños y en un territorio geográfico determinado.

2.° El *Kala Azar indiano*, que se caracteriza por la pigmentación cutánea bien marcada, así como por su territorio geográfico (la India, Birmania y Ceylán).

La *leishmaniosis visceral infantil* se confunde muy fácilmente con el paludismo, en su primer período, con accesos palustres irregulares; en su período de anemia, o segundo, con la anemia palustre grave, y, por fin, en su último período, con la caquexia palustre.

En su primer período se caracteriza por accesos febriles intermitentes, no percibiéndose mayor malestar, pudiendo pasar desapercibida largo tiempo. Se observan accesos febriles

diarios, bicotidianos o cada tres días, acceso vesperal, que no dura sino algunas horas.

En su segundo período, o de anemia, el acceso térmico se regulariza, sucediéndose diariamente, pero la temperatura oscila de 37°6 a 41°, durando de algunas horas a algunas semanas. Se observa, además, palidez marcada en las mucosas, en los tegumentos, soplos vasculares, descenso en el número de los hematíes y modificaciones morfológicas en la sangre, que se observa en las anemias en general. El bazo aumenta enormemente de volumen, alcanzando un territorio considerable por debajo del ombligo. El hígado igualmente aumenta de volumen, pero en menor proporción que el bazo. En estas condiciones, el vientre del niño aumenta considerablemente, contrastando en las demás partes.

En su tercer período, o caquéctico, la fiebre continúa siempre irregular: el niño se queja de trastornos del lado del aparato digestivo (diarreas fétidas), adelgazando enormemente, apareciendo edemas en la cara, en las manos y en los pies. En estas condiciones, o terminan con la muerte, cuando no son tratados, o mejoran, en caso contrario, pero con períodos de recaídas.

Examinada la sangre retirada por pinchadura del dedo, no se encuentra el parásito; parece hallarse incluído en el protoplasma de los grandes mononucleares y no en los glóbulos rojos. Se ha examinado también la sangre retirada por punción del hígado y del bazo. Cathoire, que lo estudió por primera vez en 1904, encuentra el parásito en las células, parecido a los grandes mononucleares de la sangre, y ocupa el protoplasma; es un pequeño cuerpo elíptico, cuyas dimensiones extremas oscilan entre uno y cuatro micrones. La mayor parte se encuentra coloreado en azul claro (por los colorantes bi-eosinato de Tribondeau y el pancromo de Laverán). Es un protozoario flagelado del género herpetomona.

El parásito ha sido cultivado también en medios especiales.

Como decíamos, esta afección presenta el mismo sindroma palúdico, pero la presencia del hematozoario en la sangre palúdica dilucida el diagnóstico.

Existe también la *anemia pseudo-leucémica infantil*, afección que evoluciona apirética y ataca de preferencia a los niños tuberculosos y heredo-luéticos; ella presenta bazo grande, hiperleucocitosis pseudo-leucémica (30,000 glóbulos blancos), con reacción myelémica. Algunas veces se confunde con la leucemia mieloide infantil verdadera.

Se observa, además, las *anemias esplenomegálicas infantiles*

febriles, que afectan la misma zona que la *leishmaniosis infantil,* y atacan a la misma zona, pero en el análisis de la sangre no aparece la leishmania. Evoluciona en forma benigna.

La leishmaniosis visceral infantil ataca preferentemente a los niños de seis meses a doce años, y excepcionalmente al adulto. Se observa en la costa del Mediterráneo y en las islas, siendo considerable la mortalidad infantil en algunas regiones.

En Francia han sido observados dos casos por Labbé y Ameuille (en Niza, 1918). En los lugares donde se ha observado leishmaniosis infantil, también se ha encontrado leishmaniosis canina; se han estudiado en preparaciones de la médula ósea y en cultivos especiales. Se cree que el parásito del perro puede infectar al hombre, pues parece que el virus no se transmite de hombre a hombre. La transmisión se efectúa, probablemente, por intermedio de ciertos insectos (chinches y pulgas).

La *profilaxis* consiste en la vigilancia de los perros, limpieza de las habitaciones, limpieza corporal y de los vestidos, luchas antiparasitarias.

En cuanto al tratamiento no me ocuparé *in extenso*, pues no es mi propósito en este trabajo. Sólo diré que es muy eficaz la solución de tártaro estibiado al 2 o|o en inyecciones endovenosas.

Leishmaniosis visceral del adulto, llamado también Kala Azar, es muy parecida al anterior. Se ha observado que en la India ataca indistintamente al adulto y al niño; mientras que la leishmaniosis mediterránea, a excepción de un solo caso, observado en el adulto, todos han sido niños los atacados. Hasta hoy, no se ha podido diferenciar el virus de ambas enfermedades.

El Kala Azar, como la leishmaniosis infantil, se confunden clínicamente con las formas caquectizantes del paludismo, habiéndose observado dichas formas (en Assam), con ausencia de hematozoarios en la sangre, mucho tiempo antes del descubrimiento del parásito por Leishman (1900).

La *iniciación* es sumamente irregular. En cuanto al retorno y duración de la temperatura, no afecta el tipo terciano o cuartano del paludismo, sino una marcha irregular. Se han observado leishmanias en la sangre retirada por punción del bazo. Se observan, además, trastornos gastro-intestinales disenteriformes.

En su período de *estado* se observa que los enfermos adel-

gazan enormemente; su vientre aumenta de volumen, hay esplenomegalia y hepatomegalia. Se observan, además, anemias y pigmentación, particularmente en las palmas de las manos y plantas de los pies, que se vuelven negruzcas y descaman más tarde. La temperatura se mantiene durante todo este tiempo con *poussées* desiguales y desigualmente espaciados. El examen de la sangre denota lesiones de anemia y, después de algún tiempo, presenta, también, como los palúdicos, leucopenia y mononucleosis. El parásito se estudia en el líquido retirado por punción del bazo y del hígado, presentando todos los aspectos de las anemias mediterráneas. Se ha observado que existen casos en períodos de lactancia más o menos largos de Kala Azar. Ha sido observada esta enfermedad especialmente en la India, donde se la estudia bajo la denominación de fiebre de Assam. Existe también en Birmania, Ceylán y China. Es una afección endémica y epidémica. El perro parece ser el portador del virus.

La *profilaxis* consistirá, pues, en vigilar los perros, en la cremación de los perros enfermos, en la higiene de los vestidos y locales.

LEISHMANIOSIS CUTÁNEA

El parásito de esta afección, denominada también *botón de Oriente*, es sensiblemente idéntico al de la leishmaniosis visceral. La lesión que determina es local: es una úlcera poco extensa, que cura espontáneamente, dejando una cicatriz característica. Ataca preferentemente a las manos, antebrazos, piernas, pies y cara.

Se observa un período de *incubación* que dura, por lo general, varios meses. Se han hecho ensayos de autoinoculación entre personas y se ha observado que duraba un período comprendido entre siete semanas y siete meses.

Su período de *iniciación* no es doloroso, ni pruriginoso, y se injerta en un botón de acné o en cualquier solución de continuidad de la piel. Comienza por una mancha roja circular, que se transforma después en pústula y vesículas. Otras veces da lesiones profundas, subcutáneas, formadas por uno o varios nódulos. Después se transforma en una costra espesa, dura, escamosa, voluminosa a veces. La lesión se vuelve pruriginosa, más adelante las escamas caen o dan lugar a una ulceración. Los bordes están coloreados de rojo, espesos, tallados a pico alrededor de una cavidad central brotante, llegando estos brotes a desbordar el reborde cutáneo. La úl-

cera es pruriginosa, pero no dolorosa; deja escurrir un líquido turbio, nauseabundo, determinando en su derredor un proceso de linfangitis. Cuando la úlcera es única, su cicatrización es lenta (dos a tres meses). Cuando las úlceras son varias, se yuxtaponen, pudiendo adquirir una gran extensión, de cicatrización difícil, y deformando la región atacada.

La cicatriz es característica, deprimida, acrómica, rodeada de una aréola. En cuanto a su diagnóstico diferencial, hay que distinguirla de las erupciones luéticas y de las tuberculosis verrucosas. Mediante los procedimientos de biopsias y preparados especiales, se puede dilucidar la afección. Se observan así, en un corte, focos necróticos circunscriptos por una zona celular reaccional. Se observan plasmodios semejantes a las células gigantes, linfocitos y macrófagos. No hay polinucleares.

En una preparación, se observan leishmanias y plasmodios. Fué observado por Wright, por primera vez, en Boston. Se puede cultivar, además, en preparados especiales de gelosa.

El botón de Oriente se observa en Siria, Mesopotamia, Arabia, Turkestán, Indostán, Egipto, Africa del Norte.

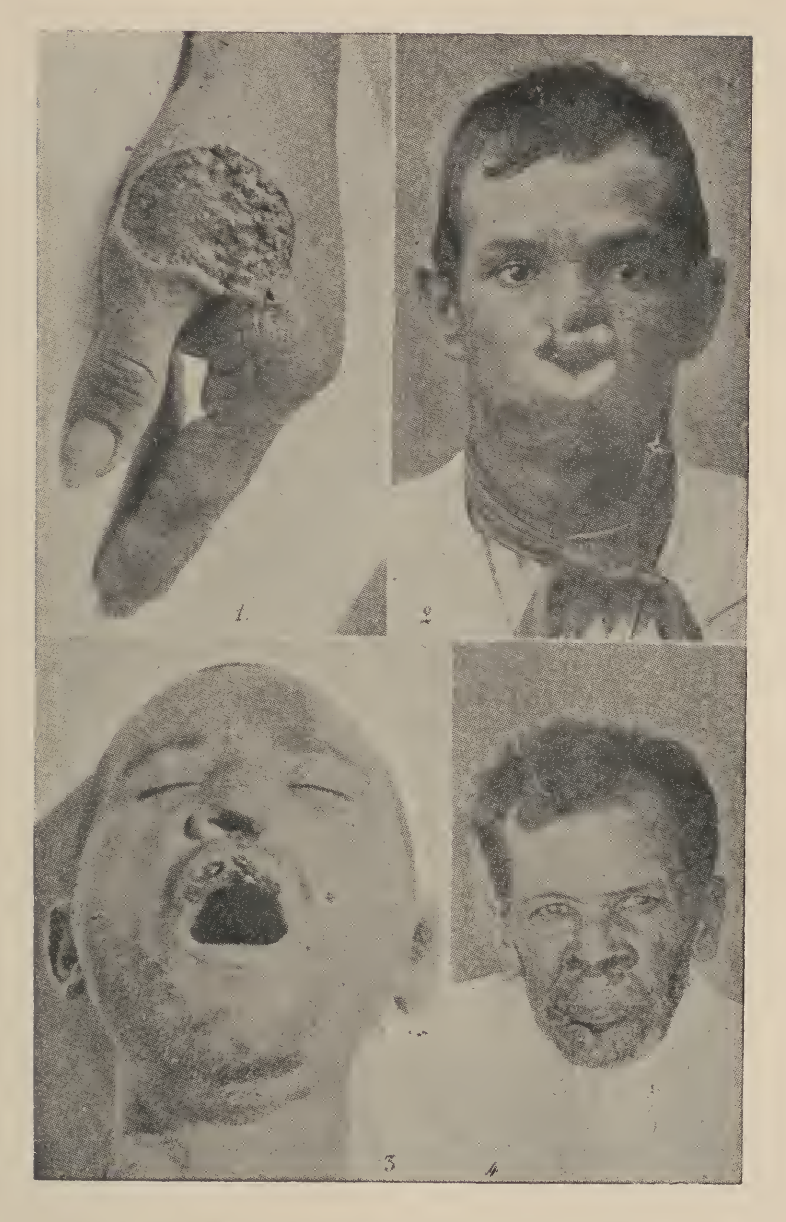
La enfermedad parece transmitirse de hombre a hombre por contacto directo, por los objetos, por la mosca y los insectos. Parece también transmitirse del perro al hombre. Inmuniza al sujeto atacado en 75 o|o de las veces.

Respecto de su terapéutica no me ocuparé.

LEISHMANIOSIS CUTÁNEO-MUCOSA O LEISHMANIOSIS AMERICANA

Esta forma clínica (leishmaniosis en los niños y adultos), tratada ya *in extenso* en otro Congreso por mi distinguido colega doctor Odriozola, se llama también buba, y es la más difundida en esta república (Paraguay), especialmente en los yerbales del Norte, y en el Brasil, habiendo observado cientos de casos desde el año 1916 en la Sala 1.ª (Clínica Médica) del Hospital Nacional, a mi cargo, donde a diario ingresan de distintos puntos de la República, y donde obtienen su curación, — algunos definitivamente, otros temporariamente, — pudiendo volver a sus ocupaciones habituales, mediante un tratamiento racional de inyecciones endovenosas bicotidianas de tártaro emético, de que no me ocuparé en esta comunicación.

El parásito causal ha sido estudiado en 1909, en las ulceraciones cutáneas. Se trata de grandes y profundas ulceraciones cutáneas con *poussées linfangíticas*, que asientan pre-



Núm. 1 Ulcera inicial; 1.ª faz, cutánea — 2 Ulcera naso-labial (Italiano) 2.ª faz.— 3 Atacando la boca y oreja; 4 años — 4 Caso avanzado de 14 años.

ferentemente en las regiones descubiertas, invadiendo luego las mucosas por los orificios naturales (boca, nariz), destruyéndolos.

Se cree que la infección haya venido de los estados brasileños, donde sus habitantes padecen de dichas enfermedades desde muchos años atrás.

La enfermedad no respeta edad, atacando indistintamente a los niños de pecho, hombres y mujeres.

Se atribuye a varios insectos las inoculaciones del virus (ixodes, tábanos, mosquitos).

Sommer, en Buenos Aires, y Austregesilo, en Río de Janeiro, han estudiado esta afección en 1904. Entre nosotros el doctor Zanotti también lo ha hecho, en 1904.

Hoy día ya se puede hacer diagnóstico diferencial con el lupus, sífilis, esporotricosis, cáncer, afecciones con las que se confunde fácilmente. Escomel se ocupó, en el Perú, extensamente, y Laverán la designa con el nombre de leishmaniosis americana.

La afección comienza, según refieren los enfermos, por pequeños granitos (eritema papuloso), que ellos atribuyen a picaduras de insectos. Dichas papulitas son pruriginosas y después de pocos días se transforman en pústulas, que más tarde se vacían, dejando una pequeña cavidad profunda, que deja escurrir un líquido serogomoso, formando costra negruzca al endurecerse.

La úlcera inicial ataca distintas regiones del cuerpo, las descubiertas especialmente, cara, orejas, cuero cabelludo, extremidades superiores e inferiores. La úlcera formada aumenta paulatinamente de extensión, se vuelve espesa y dura y a su rededor la piel se pone edematosa y turgente. La úlcera se vuelve dolorosa, y apretando la costra deja escurrir un líquido sero-purulento de olor fétido; como dije, da sus *poussées* linfangíticas, apareciendo nuevas úlceras en los nódulos de sus trayectos. Si se levanta la costra, se observa una superficie roja, carnosa, brotante, que sangra con la mayor facilidad, con sus bordes cortados a pico, adherentes a la úlcera; hipertrofiado.

Al cabo de ocho meses, más o menos, curan espontáneamente, dejando una cicatriz de bordes más o menos estrellados e irregular de centro, apergaminado acrómico traslúcido, dejando ver pequeñas arteriolas neoformadas.

Además se observan *síntomas generales:* decaimiento, cefalalgia, artralgia y temperatura. Las úlceras pueden ser secas o húmedas. Su tamaño también es muy variable, desde el de

una pequeña moneda hasta adquirir tamaños considerables, abarcando muchas veces todo el pie, la pierna y brazos.

Al cabo de cuatro meses, más o menos, comienzan las manifestaciones mucosas (nasal y muco-faríngeo). El enfermo manifiesta dificultad en la respiración nasal. La pronunciación se vuelve nasal y presenta un catarro sero-purulento, a veces sanguinolento. La mucosa de la nariz se vuelve roja, cubierta en parte de una costra amarillenta sobre el septum nasal: que en ocasiones se perfora en uno de sus puntos sin ocasionar hemorragia. Poco a poco la infiltración va progresando y el enfermo se queja de aspereza y sequedad de la garganta o del velo del paladar; la mucosa se vuelve granulosa, los pilares, las amígdalas y la úvula se espesan, cambiando de posición esta última, por las cicatrizaciones ulteriores. El enfermo sufre al ingerir los alimentos; más adelante la laringe se infiltra, las cuerdas vocales se cubren de granulaciones y la voz se vuelve ronca.

La *nariz* también es atacada, se vuelve edematosa, roja, espesa, aumentando, en ocasiones, enormemente de volumen. El labio superior también se infiltra, los bigotes caen. Igualmente los pómulos se infiltran y se ponen turgentes. La ulceración ataca la mucosa nasal, la piel de los bordes de las coanas, de los pómulos y labios. La piel destruída se reemplaza por granulaciones secas o húmedas, presentando el aspecto de un lupus ulceroso. Cuando la ulceración progresa, toda la garganta se vuelve granulosa, sangrando con facilidad. El istmo de las fauces se estrecha. El enfermo pierde la voz, se nutre difícilmente, pues las encías y alvéolos se infiltran. Después de varios años, la afección invade los bronquios gruesos, provocando fiebre y denutrición considerable, terminando el paciente con la muerte, en estas condiciones.

Parece que de los bronquios la afección invade también los pulmones, pues he tenido oportunidad de observar enfermos con todos los síntomas clínicos bacilares y de otras afecciones pulmonares, pero sin encontrar en sus esputos bacilo Koch, pneumococo, etc. Esto en algunos casos, pues existen, además, otros enfermos atacados de buba y que mueren tuberculosos, neumónicos, en un terreno ya preparado por dicha afección.

BIBLIOGRAFIA

M. P. Ameuille. — Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, por E. Sergent, L. Ribadeau Dumas, L. Babonneix.

L. Migone. — Revista Médica. Asunción 1914.

HISTORIAS CLINICAS (Resumen)

Enfermo de la Sala I. Julio 22 de 1921.—G. P., 38 años, paraguayo, soltero, agricultor. Procedente de San Pedro.

Antecedentes hereditarios.—Madre muerta; no sabe de qué. Padre vivo; sano. Un hermano sano.

Antecedentes personales.—Refiere haber tenido lombrices cuando jovén. Niega haber tenido enfermedades venéreas sifilíticas. No ha tenido manifestaciones específicas de ninguna naturaleza, ni otra enfermedad digna de mención.

Enfermedad actual.—Data de diez y siete años atrás. Refiere el enfermo que en 1904, en los espacios interdigitales de los dedos de ambos pies, aparecieron varias fistulitas pruriginosas que más adelante se transformaron en úlceras que curaron en cuatro meses; él atribuye a lombrices (Py seboi).

Después, en 1912, le aparecieron dos granos en la nariz, que supuraban y que posteriormente se ulceraron lentamente, tomando todo el tabique y parte anterior de ambas coanas, así como la parte superior del labio (bigote); ya en estas condiciones, se hace inocular dos inyecciones de tártaro, hace un año, ingresando en este Servicio el 11 de julio.

Demás órganos y aparatos normales.

Enfermo de la Sala I. Hospital Nacional. — E. G., 32 años, paraguayo. De San Pedro.

Antecedentes hereditarios.—Madre muerta de parto. Padre sano. No tiene hermanos vivos; uno muerto, no sabe de qué.

Antecedentes personales.—Refiere haber tenido blenorragia a los 14 años. Niega chancro. Hace cinco años, desde que padece de su enfermedad, padece de vez en cuando de cefaleas y dolores osteóscopos, con el cambio de tiempo. No le molestan gran cosa. Poco bebedor y fumador.

Enfermedad actual.—Refiere que hace cinco años, con siete compañeros, había ido a trabajar en un obraje y que los ocho volvieron enfermos.

Refiere que su afección comenzó por pequeñas pustulitas (14 o 15) pruriginosas, apareciendo en las partes descubiertas (desde la cintura para arriba y ambas piernas y tórax), regiones que acostumbran a tenerlas descubiertas cuando trabajan. Los enfermos atribuyen que dichas lesiones son debidas a picaduras de pequeños insectos, pero sin poder afirmarlo categóricamente, pues sólo las notaron al mes más o menos de su permanencia en el hogar. Refiere, además, que a los dos meses empezaron a ulcerarse superficialmente dichas pustulitas, dejando escurrir una serosidad. Poco a poco iban aumentando de tamaño superficialmente, adquiriendo el de una gran moneda. Ingresa en estas condiciones con 14 úlceras a los dos años.

Poco más o menos dos años después, nota dos pequeñas úlceras por dentro de las alas de la nariz, que fueron aumentando paulatinamente de volumen, adquiriendo tamaños considerables, abarcando todo el labio superior, el tabique nasal, las coanas, propagándose al

retro-farinx, a la laringe, al paladar blando, adquiriendo el aspecto característico de las úlceras ya descritas anteriormente.

En la lámina se verá detalladamente el aspecto que adquiere.

Por premura de tiempo, no me detengo en otras consideraciones y detalles de los cientos de casos observados en mi Servicio de Clínica del Hospital Nacional, y por no salir de los límites que me he impuesto en esta comunicación, habiendo descripto las principales formas clínicas, siendo la forma cutáneo-mucosa la única observada en el Paraguay, y que causa estragos en los obrajes del Norte, pero gracias al tratamiento racional que preocupa actualmente a las autoridades de mi país, con la creación de hospitales regionales que tratan exclusivamente esta afección, se han logrado curas maravillosas, algunas definitivas, otras temporarias, habiendo disminuído enormemente la mortalidad de 5 años a esta parte.

DISCUSION

Silva Araujo (Río de Janeiro). — Debe desaparecer de la nomenclatura nosológica el nombre de Leishmaniosis Americana, desde que ella no es enfermedad existente solamente en América, sino también en muchas otras regiones del globo. Por otra parte, el germen siempre es el mismo; por esto propongo que se le dé simplemente el nombre de Leishmaniosis, subdividiendo las formas clínicas en: cutáneo-mucosa visceral, y cutáneo-mucosa tegumentar.

Adolpho Lutz (Río de Janeiro).—A pathologia regional deve ser estudada longe das grandes cidades com a sua população mista e com habito de visitar outras terras, onde ha muita molestia importada.

Helioargentoterapia y Hematoterapia de la Leishmaniosis, o sea: tratamiento tópico y tratamiento general de la buba de los yerbales.

POR EL DR. JOSÉ V. INSFRÁN (Asunción)

Director del Hospital Regional de Villa de San Pedro

(Trabajo leído por el Dr. Alvarez Brúguez)

Después de un año y medio de experiencia personal, exclusivamente consagrada a la terapéutica de la leishmaniosis en su gran foco de los yerbales, estoy suficientemente capacitado para emitir una opinión a este respecto, como otros tantos que se han dedicado y se dedican al estudio de la cura de esta entidad morbosa, de palpitante actualidad para nosotros, por constituir una plaga que amenaza seriamente la vitalidad de nuestra raza en las zonas yerbateras del Noroeste. Hablo así porque juzgo que la buba tiene un papel preponderante en la patología de dichas regiones.

Impresionado por lo que he visto, doy en este trabajo lugar preferente a la descripción del tratamiento de la leishmaniosis, tal como yo creo que ella debe ser, y de acuerdo con los resultados de los métodos empleados en mi experiencia.

Los medicamentos específicos son: el tártaro emético y el nitrato de plata, en barras o en solución, según el grado de necrosis y la situación de la afección.

De modo general, uso el nitrato de plata en el primer período de la enfermedad, y doy preferencia al tártaro emético en los períodos secundarios, que comprenden todos los accidentes derivados del primer punto de partida.

I

HELIOARGENTOTERAPIA O TRATAMIENTO TÓPICO

No describiré sus formas, pero hago constar que la buba es una afección polimorfa, que se enseñorea, sin excepción, de todos los tejidos del organismo humano; ataca el cutáneo, mucoso, cartilaginoso y muscular, destruyéndolos. Puede atacarlos separada o conjuntamente, pero su lugar inicial es la piel, pudiendo invadir los demás tejidos, por propagación.

Cuando se abre la pústula cutánea inicial, es el período agudo. Puede ser única o múltiple.

Cuando ha llegado a las mucosas, con todo su séquito de infiltraciones, hipertrofias, ulceraciones y necrosis, invadiendo o no tejidos cartilaginosos o musculares, se inicia el período de estado. Es el período crónico de la enfermedad.

Teniendo en cuenta, pues, esta modalidad de la afección, dividiré su tratamiento en dos formas y, para el efecto, consagro dos capítulos diferentes: el tratamiento tópico o local y el tratamiento generalizado o endovenoso, según esté el enfermo en el período agudo o en el período crónico.

Como la úlcera bubática, por lo general, es el producto de una infección, para su cura tópica se recurre a la desinfección, es decir, se buscan los medios de destruir los gérmenes infecciosos e impedir sus efectos nocivos sobre los tejidos, ya que, felizmente, no repercuten sobre el estado general. El agente desinfectante a propósito, el más capaz de destruir los microorganismos de la leishmaniosis, es, sin duda alguna, el nitrato de plata.

Un frote con un cristal de nitrato de plata en toda la amplitud del fondo pultáceo de una pústula leishmánica, es más que suficiente para hacer abortar la enfermedad, impidiendo la evolución de la pústula hacia la ulceración, y evitando, con tan sencillo procedimiento, todo el tratamiento consecutivo, relativamente largo y costoso.

Por estas regiones llega ya a tal punto la fe en el nitrato de plata, que, a los ojos del vulgo, antisepsia abortiva de la buba y nitrato de plata son sinónimos, porque ven que con ella se determina rápidamente la cicatrización.

Cuando la pústula primitiva de la piel se ha convertido en úlcera y ha adquirido su plenitud (cosa que pasa en muy poco tiempo), el tratamiento con el nitrato de plata resulta algo más complicado.

Puedo asegurar que el nitrato de plata contrarresta la potencia vital de los microorganismos de la leishmaniosis, y, como su aplicación externa no es tóxica, ni aún con lápices puros (no produce coagulaciones, ni dolores, ni efectos reflejos, ni ningún otro fenómeno desagradable), se le puede usar sin temor de complicaciones ulteriores.

Pero esta acción no debe concentrarse exclusivamente a las capas superficiales de la úlcera; es necesario que llegue a las profundidades de los tejidos afectados. ¿Cómo conseguirlo? Acudiendo en su ayuda con los rayos actínicos del sol, es decir, que el agente medicamentoso puede infiltrarse en la es-

pesura de los tejidos enfermos, y para que las acciones helioterápicas asociadas al nitrato de plata tengan lugar.

Para idear este método me he basado en la teoría de Finsen, según la cual los rayos químicos y principalmente los ultravioletas tendrían, desde el punto de vista biológico, propiedades germicidas notables, pues su efecto bactericida específico entra como elemento de curación asociada a la acción cáustica del nitrato de plata.

TÉCNICA

Para conseguir esto, se deterge la llaga, desembarazándola de todos los tejidos necrosados, y se la seca.

Se la baña luego con una solución antiséptica cualquiera, en toda su extensión, y, sin rebasar los bordes sanos, se la frota con un lápiz o solución concentrada de nitrato de plata. Todo lo obrado se expone al sol, hasta que una costra negra argéntica recubra toda la extensión de la úlcera.

Esta maniobra conduce a una congestión local, que provoca ampliamente la leucocitosis. Al día siguiente se levanta la escara así formada y en su fondo se ve una colecta purulenta abundante. Se la vuelve a limpiar con un vehículo desinfectante, siempre caliente, y se repite la operación. A las pocas aplicaciones, la exudación purulenta cesa y la granulación cicatrizante aparece francamente.

Es la regresión, la úlcera comienza a cicatrizar. En este estado no se debe cejar ni un solo día y se debe vigilar siempre, para que no haya algún punto que se retrase en la granulación. De lo contrario, todo el trabajo será inútil. Un descuido bastará para que todo se pierda, y como el procedimiento es innocuo y eficaz, con este medio sencillo y poderoso de higiene y curación se obtienen resultados sorprendentes.

Nunca, con el sistema puesto en práctica invariablemente en el Hospital de Villa de San Pedro, he despachado a un enfermo sin haberlo restituído a la normalidad.

Por consiguiente, según se ve, si bien la úlcera es repugnante, su pronóstico es benigno, en cualquiera de los períodos en que se halle.

II

TRATAMIENTO GENERAL O ENDOVENOSO

La leishmaniosis se halla en su período de estado o crónico, cuando, después de la úlcera cutánea inicial, ha atacado por

autoinoculación otros tejidos, separada o conjuntamente, tales como los de la cavidad buconasofaríngea, o las orejas o los párpados; en una palabra, cuando hay asociación mucocutánea.

Sea cual fuere la asociación, su terapéutica es siempre la del tártaro emético por la vía endovenosa.

MANERA DE OPERAR

Elementos. — Una jeringa de vidrio de 5 a 10 cc. y el líquido a inyectarse.

Fórmula del líquido. — Agua bidestilada, 1.5 de tártaro emético; ácido fénico cristalizado y puro 0.3; todo por ciento.

Dosis. — Se inicia el tratamiento con 1 cc. de la solución, aumentando progresivamente la dosis en 1 cc. cada tres días, hasta llegar a 10 cc., pero sin olvidar, naturalmente, la idiosincrasia del paciente. Estas inyecciones deben ser practicadas exclusivamente en las venas que tengan un calibre regular.

El enfermo estará en ayunas.

La inyección se practicará estando el enfermo sentado y extendiendo el brazo sobre una mesa. Se tomarán todas las precauciones que exigen las reglas de la asepsia más completa y rigurosa.

A la décima inyección, poco más o menos, cuando el organismo ha recibido 1.5 de sustancia activa, generalmente sobreviene la mejoría, obrando de modo intenso y rápido.

Contraindicaciones no tiene. He empleado la fórmula antedicha en todas las edades, desde la más tierna infancia a la vejez, sin haber comprobado jamás el menor accidente peligroso, lo que convence de que ninguna inyección intravenosa le es comparable. Pasado el período de saturación, no ofrece el menor peligro, siempre que el derrame se haya efectuado en la luz de la vena inyectada.

Una vez saturado el organismo con la solución, produce, a la mayor brevedad, la suspensión del proceso necrótico de la ulceración, por obra de la acción esterilizante del medicamento, sea ésta en la piel, en la mucosa, en el cartílago, o en los músculos.

El estado de saturación se manifiesta cuando con una inyección se producen fenómenos pasajeros, como ser, tos, estornudos, cefalalgias y espasmos, signos exteriores que no se extienden más allá de un par de minutos. Desde este momen-

to se puede estabilizar la dosis por todo el tiempo de la regresión de la enfermedad.

Lo único que hay que evitar es que la solución se derrame fuera de la vena, porque en ese caso se producen nódulos dolorosos, difíciles de reabsorber, y que terminan, generalmente, con la necrosis de los tejidos afectados.

Para que las inyecciones de tártaro emético sean eficaces, hay que manipularlas con una técnica algo embarazosa. Esa fué la razón por la cual los primeros ensayos hechos por otros colegas y en otras partes, no dieron resultados muy satisfactorios. Pero hoy, con los métodos perfeccionados, prefiero esta fórmula por encima de todos los demás tratamientos. Y ello me induce a entrar en algunos detalles acerca de su preparación.

El Jefe de la Farmacia de la Asistencia Pública, don Tomás Gardel, me preparó las primeras fórmulas, y hoy el señor Villamayor, del Instituto Nacional de Seroterapia y Vacunación, me las prepara del siguiente modo:

PREPARACIÓN DEL TÁRTARO EMÉTICO

1.° Se lavan perfectamente con agua común filtrada tres frascos de cristal, que han de ser utilizados para manipular las soluciones: uno grande y dos chicos que en conjunto sumen el volumen del grande.

2.° Se mide la cantidad de agua destilada que ha de ser necesaria y se carga con ella el frasco grande. Se tapa convenientemente y se recubre la tapa con papel.

3.° Se introducen en el autoclave el frasco grande (con el agua destilada), los frascos pequeños, un embudo y papel de filtro. Todo se calienta a 120° por espacio de 25 a 30 minutos.

4.° Cuando la aguja del manómetro del autoclave ha bajado nuevamente a 100°, se abre lentamente la válvula de seguridad, para dar escape a los restos de vapor que aún contiene. No se debe abrir bruscamente, para evitar la rotura de los frascos.

5.° Se abre el autoclave, se dispone el embudo con el filtro en un soporte. Se mide la cantidad de tártaro emético que se va a usar (1.5 o|o), e igualmente ácido fénico (0.3 o|o); se pone todo esto en uno de los frascos chicos esterilizados y se le agrega el agua destilada esterilizada del frasco grande,

hasta que lo disuelva completamente. Se vierte el contenido del frasco chico en el grande y se agita sostenidamente, para que la solución sea perfectamente homogénea; se repite varias veces el lavado del frasco chico que ha servido para hacer las mezclas, con el agua destilada del grande, y, una vez que la solución sea bien homogénea, se filtra directamente en los frascos chicos. Todas estas operaciones, desde el tiempo 5, se deben hacer en caliente, porque así se está más seguro de evitar posibles contaminaciones.

El filtrado hay que repetirlo varias veces, hasta quedar seguro que el líquido así obtenido es perfectamente límpido.

6.° Se tapan los frascos y se examina si hay o no partículas en suspensión. Si tiene precipitado o partículas no debe emplearse, porque un líquido no homogéneo produce accidentes terribles. Por eso estas operaciones deben hacerse en frascos blancos, para ver si el preparado se conserva bien.

En estas condiciones, su dosaje es invariable y se usa a conciencia lo que convenga. Como medio curativo, termina fatalmente con la enfermedad, la cuestión es insistir; si no cede con 30 inyecciones la enfermedad, cederá con 100. Sin embargo, hay casos rebeldes: las úlceras al parecer se cicatrizan, pero poco después reaparecen. Es menester, por consiguiente, no abandonar en definitiva al enfermo y continuar las inyecciones un tiempo más, porque, en caso contrario, la mejoría sólo será momentánea y el tratamiento deberá recomenzar.

Siempre que sea posible, el tratamiento debe ser precoz y a dosis masivas.

Este procedimiento es el más racional y eficaz por la simplicidad de su técnica, su innocuidad y su eficacia, comprobada en más de 400 enfermos completamente curados.

Y lo que más entusiasma, es que casos gravísimos, que se daban por perdidos, algunos de ellos de personas que habían padecido durante más de 15 años la enfermedad, han curado definitivamente de la repugnante dolencia. Esos pacientes, antes de su curación, eran arrojados como seres malditos del seno de la sociedad.

En más de 10,000 inyecciones practicadas en el Hospital de Villa de San Pedro, jamás he comprobado el menor accidente.

Para prueba de lo expuesto, he aquí tres ejemplos tomados al azar:

1.º Eliseo Domínguez, paraguayo, soltero, de 27 años de edad, carpintero y músico de profesión, vecino de la compañía de Aguaraymí, del Departamento de Villa de San Pedro. Presenta úlceras bubáticas en el talón izquierdo, abarcando la región del tendón de Aquiles en toda su extensión, y varias otras úlceras más, en diversas partes de ambas piernas. Pero lo grave está en la ulceración mucosa-rino-buco-faríngea.

La lengua, la tiene tan hipertrofiada que no cabe en la cavidad bucal. Está llena de brotes mamelonados y diferentes bridas, que da la impresión de una esponja cargada de líquido. Por efecto del volumen y de la pesantez, este órgano le cuelga, dificultándole la alimentación, que no la podía hacer sino con líquidos fríos, que no puede ingerir sino mediante bombilla; a causa de la ulceración no puede tomar alimento caliente.

Un coriza y una salivación constante; moja varios pañuelos al día, llenando saliveras.

Pues bien: este hombre hacía 5 años que padecía semejante dolencia, habiéndose retirado del seno de su familia para vivir solo, en la espesura de los bosques, por creerse contagioso para su familia.

Ingresó el 8 de agosto de 1919 y fué sometido, sin pérdida de tiempo, al tratamiento combinado: el tópico y el endovenoso. A las pocas semanas le paró la coriza y la salivación; desapareció la hipertrofia de la lengua, y a los cuatro meses curó, con 56 inyecciones de tártaro hemético.

2.º Rafael Báez, paraguayo, soltero, vecino de Lima, de 26 años de edad, yerbatero de profesión, con varios hijos sanos, ingresó el día 3 de septiembre de 1919. Padeció la enfermedad por espacio de 15 años, es decir, que estuvo afectado desde los 11 años, siendo aun niño. Después de cronificarse la Leishmaniosis en la nariz, por infiltración se le produjo una verdadera elefantíasis en los labios. Presentaba, además, la destrucción total del cartílago del tabique nasal, e infiltraciones hipertróficas y ulceraciones de la mucosa rino-buco-faríngea y destrucción de las cuerdas bucales.

Después de 62 inyecciones de tártaro emético de 10 cc. cada una, salió sano el 19 de febrero de 1920, es decir, a los cuatro y medio meses después.

3.º Pedro Gómez, de 42 años de edad, paraguayo, soltero, de profesión botero, adquirió la enfermedad 13 años atrás, en el puerto de Antequera.

Ingresó el 6 de octubre de 1919, con ulceraciones bubáticas, ya fagedénicas, en las plantas de ambos pies; de aquí la necrosis de los tejidos le subía al dorso de los mismos, interesándole los tendones tensores de los dedos, introduciéndole las deformaciones consiguientes. Presentaba, además, ulceraciones en las rodillas, y en varias partes de ambas caderas. Tenía afectada la mucosa rino-buco-faríngea, con destrucción total del septo nasal. Salió sano el 9 de marzo de 1920.

A consecuencia, naturalmente, de la localización de las llagas, dejó de caminar y se arrastró durante tres años. A los siete meses

se levantó y pudo efectuar la ambulación, con ayuda de muletas. recibió 98 inyecciones de tártaro emético.

Como los casos que anteceden puedo citar cientos, que están anotados en los libros del Hospital a mi cargo.

En las precedentes historias clínicas, hechas a *grosso modo*, puedo asegurar que, mediante la nueva fórmula preparada en el Instituto Nacional de Microbiología y Vacunación, hemos hecho retroceder del campo de la leishmaniosis crónica la intervención cruenta del bisturí (que acepto, sin embargo, poniéndola en práctica al estallar la pústula inicial, es decir, en el período agudo, siempre que la región lo permita); muchas veces el procedimiento es lento, pero lleva al éxito con seguridad a la larga. Todo es cuestión de paciencia.

Sin ánimo de criticar, pregunto: ¿Cómo hacer intervenir el bisturí en la ulceración hipertrófica de las afecciones leishmánicas, cuando ha abrazado gran parte de la mucosa bucorino-faríngea?

El que ha visto curarse a más de 400 enfermos por el procedimiento actual, puede saber que lo que caracteriza a la infección mucosa o cartilaginosa, es decir, el estado crónico, es una amplia y profunda infiltración que produce la hipertrofia y elefantíasis de los tejidos afectados, y que, entre la infiltración y los tejidos sanos, no hay un límite claro de transición. Por consiguiente, ni esas infiltraciones ni esas hipertrofias son susceptibles de ser extirpadas por el bisturí, sin que se exponga el operador a dejar un adefesio orgánico.

De modo, pues, que los progresos de la cura de la buba se deben a la nueva fórmula medicamentosa que, pacientemente regulada hasta la fórmula actual, hoy por hoy, es la que se acerca al ideal del medicamento específico.

La prueba de lo afirmado es que en la población de mi residencia y en sus alrededores cercanos, puede decirse que el mal ha desaparecido.

La combinación del tártaro emético y el ácido fénico a la dosis usada es, además, un poderoso tónico, un preventivo del paludismo y las picaduras de víboras.

Es mi método y es el resultado de mi experiencia.

Reminiscencias dermatológicas

PELO DR. ADOLPHO LUTZ (Río de Janeiro)

Chefe de Serviço do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro

(El autor expone numerosas fotografías)

As notas seguintes se referem a molestias da pelle, observadas por mim durante um periodo de 40 annos, interrompido apenas por algumas ausencias mais prolongadas. Grande parte das observações foram feitas na zona do café, outras na capital do Estado de São Paulo; muitos casos foram vistos tambem na Capital Federal e em outros Estados. Considero interessante não sómente o facto da frequencia, mas tambem o da raridade ou ausencia de certas molestias. Encontramos assim muitos indicios etiologicos.

Por exemplo só tive dous casos de *psoriasis* legitima em doentes brasileiros e em alguns casos importados. O interessante é que um dos doentes brasileiros trabalhava junto com um estrangeiro com psoriasis muito intensa quando adoeceu.

Nunca vi um caso de *mycosis fungoides* no Brasil, mas em Nova York vi dous casos desta molestia rara, sendo o segundo consecutivo á occupação de uma cama ao lado da do primeiro doente. Estes dous casos paralelos mostram que, até em molestias apparentemente bem esporadicas, a possibilidade de uma transmissão directa ou indirecta não pode ser excluida.

Outra molestia que falta quasi absolutamente nas zonas do interior que eu conheço é o *lupus vulgaris.*

Attribuo esta molestia á inoculação da tuberculose bovina por picada de insectos. O gado do interior só raras vezes é tuberculoso, mas a molestia é commum nas vaccas leiteiras nas capitaes. Vi dous casos autochtonos de lupus nas cidades São Paulo e Rio de Janeiro, ambos apenas incipientes.

Outras molestias bastante frequentes nas clinicas dermatologicas europeas, como *lichen ruber, lupus erythematosus, epithelioma* e *rhinoscleroma,* só encontrei raramente em doentes do interior. Nas grandes cidades, com população mixta, em parte immigrada, a pathologia da pelle tem um caracter mais cosmopolita.

Para outras molestias, mais ou menos congenitas, como *ichthyosis, angioma* simples, *noevus* de toda especie, *kystos*

dermoides, molestia de Recklinghausen, etc., não notei frequencia ou raridade exagerada.

Lipomas e *fibromas* apparecem como em outra parte; os *kystos sebaceos* são bastante frequentes.

As molestias que mais predominam estão em relação com o clima, a fauna e os habitos locaes.

O clima quente produz uma sudação abundante que traz como consequencia a erupção de "*Prickly heat*", *dyshydrosis* e *furunculose* das grandes glandulas sudoriparas da axilla, affecção quasi ignorada na dermatologia, posto que bastante frequente nos paizes quentes. As dermatomycoses são muito favorecidos pela transpiração e o *ezcema marginatum* pode mesmo invadir a pelle fora da sua sede habitual.

Tanto a sudação como a picada de insectos e arachnideos produzem comichão violenta. Como na sarna, o acto repetido de coçar-se com as unhas conduz a processos impetiginosos, ecthymatosos e furunculosos. Estes e outras affecções são a consequencia de infecção com coccos pyogenicos e são, ás vezes, designadas com a expressão curta (posto que pouco correcta) *pyodermites*. Deixam muitas vezes, principalmente nas pernas das crianças, umas ulceras superficiaes, conhecidas pelos nomes populares *feridas* ou *perebas*. Podem conduzir a nephrites agudas ou infectar-se com espirillos, resultando então *ulceras phagedenicas*.

Raras vezes complicam-se com *myasis*.

O habito de andar descalço e de expor as pernas favorece toda especie de infecções e de parasitos externos. Pelos pés se faz a invasão do necator americanus, da larva migrans e do dermatophilus (Pulex) penetrans, como dos causadores do mycetoma e de muitas ulceras phagedenicas. Outras ulceras localisam-se nas pernas e certos processos infecciosos attacam simultaneamente o pé e a metade inferior da perna, produzindo una hypertrophia elephantiastica dura. Estas infecções, ainda pouco estudadas, apresentam-se ora como grandes grupos de verrugas simples ou nodulos fibrosos, ora como estado papillomatoso e keratotico. As ultimas formas, chamadas "Mossy foot" por Thomas, têm sido referidas a leishmaniose. Duvido que se possa attribuir esta etiologia a todos os casos, mas é preferivel aguardar o resultado de estudos parasitologicos e therapeuticos muito desejaveis, antes de entrar na discussão do assumpto.

A propria *leishmaniose cutanea* apparece em qualquer parte exposta da pelle, o que está de accordo com a supposta transmisão pelo phlebotomus. Como este diptero, não é encon-

trado em toda parte, sendo desconhecida em regiões extensas e muito populosas. Só com a extensão da rede ferroviario tornou-se conhecida em São Paulo; na zona de Rio de Janeiro os casos são raros e esporadicos. O mesmo se pode dizer das ulceras phagedenicas. Podem apparecer muitos casos em certas regiões, mas não são verdadeiramente molestias communs.

As *blastomycoses* por *coccidioides immitis* e as *sporotrichoses* são molestias pouco communs e sempre esporadicas. O mesmo se pode dizer do *granuloma venereo* e dos *chancros phagedenicos.*

Alem dos factores etiologicos já mencionados ha mais alguns que têm um papel na etiologia das ulceras. São estes a *syphilis,* a *lepra,* a *ankylostomiase* e as *varices.* As ulceras, que observava antigamente na anemia parasitaria, lembravam mais as phagedenicas do que as ulceras simples, mas curavam-se pela expulsão do *necator americanus.* Talvez se trate de um virus attenuado.

O mesmo pode-se dizer de certas ulceras trophicas na *lepra,* que não são completamente explicadas pela sensibilidade diminuida, nem pelo processo bacillar, que pode faltar na sede das ulceras. Tambem as ulceras, chamadas simples, não são explicadas apenas pela presença de varices. Algumas dellas mostram o seu fundo syphilitico pela facilidade com que são curadas pelo uso dos ioduretos, mesmo quando o seu aspecto não é typico para lesões gommosas. A maior parte têm o aspecto e a localisação typica das ulceras simples e pode ser curada pelo repouso sem tratamento especifico. mas a cura é raras vezes permanente.

A importancia deste assumpto é provada pelo facto que na cidade de Pernambuco ha um hospital especial, onde ha geralmente mais de mil "ulcerosos". Dos casos que examinei poucos eram devidos a espirillos e nenhum a *leishmaniose,* mas maior numero parecia debido a *syphilis.* O material merece ser estudado por seus lados etiologicos e therapeuticos.

Menciono rapidamente algumas molestias de origem exotica e introduzidas com os escravos. Entre estes occupa o primeiro lugar a *framboesia tropica,* hoje já bastante rara. O nome "Boubas" devia ser reservado a esta affecção, mas, pelo menos no Estado de São Paulo, é vulgarmente usado como synonymo de syphilis. Na minha clinica só tive rarissimos casos, mas vi maior numero nas enfermarias dermatologicas. A possibilidade da transmissão por meio de insectos merece ser investigada.

O *ainhum* é hoje quasi extincto. Na minha clinica tive apenas um caso.

Um foco de *Filaria medinensis*, que existia ha muitos annos no Estado de Bahia, representa hoje apenas uma curiosidade historica.

Os numerosos parasitos exteriores, tanto os periodicos como os permanentes, tem na dermatologia um papel duplo. Produzem irritação local e servem de transmissores a infecções locaes ou generalisadas. Menciono apenas rapidamente a *scabies*, que não é muito rara, e os piolhos da cabeça, que são communs. As outras especies de piolhos, com algumas excepções occasionaes, são quasi desconhecidas. As larvas de thrombidiinas e os carrapatos são extremamente irritantes como tambem algumas especies de simulium, culicoides e, em grau menor, alguns culicideos, tabanideos e especies de phlebotomus.

Entre as infecções transmittidas por insectos ha varios que interessam a pelle como o typho exanthematico, observado algumas vezes em São Paulo e Bello Horizonte, e o dengue, que appareceu ha tempo no Rio e mais recentemente em São Paulo. A miliaria epidemica, observada no Estado de São Paulo ha muitos annos, parece pertencer ao mesmo grupo. É uma molestia muito bem caracterisada pela temperatura elevada e a sudação abundante. O exanthema é constante mas nada tem de especifico, sendo apenas consequencia da transpiração. A mortalidade é muito alta, mas não se observam recaidas.

As mordeduras dos carrapatos não raras vezes produzem nodulos inflammatorios que podem perdurar muitos mezes e tem a maior semelhança com tuberculos anatomicos. Em outros casos observa-se uma infiltração de grupos de nodulos ou ganglios lymphaticos que tambem podem ser muito persistentes. Parece que alguns casos de *Pseudoleucemia lymphatica* são devidos a uma infecção por mordeduras de carrapatos.

Ha muitos annos tratei de um caso de *lymphomas multiplos*, espalhados em todo o corpo, com uma solução arsenical de Fowler; em doses crescentes durante dois mezes, sem obter nenhum resultado. Resolvi comtudo continuar o tratamento e ao correr do terceiro mez pude assistir ao desapparecimento total dos lymphomas.

Annos depois vi em conferencia um outro caso analogo em uma moça que conhecia desde o seu nascimento. Baseados nos symptomas clinicos e no exame do sangue dois collegas tinham feito um prognostico infausto. Lembrando-me do caso acima,

suggeri a possibilidade da cura pelo emprego do mesmo tratamento. De facto, tive a grande satisfacção de ver a doente completamente curada em um espaço de tempo relativamente curto, pelo uso interno da mesma solução arsenical.

Neste caso o que ha de interessante é que estes lymphomas principiaram a apparecer após um estadio da doente numa fazenda no interior onde foi muito mordida por carrapatos.

Tanto num como no outro caso, a cura parece ter sido radical e definitiva. Creio que ás vezes os ixodideos inoculam um virus; convinha procurar bacillos acido-resistentes ou pseudo-diphtericos, já que tem sido encontrados em alguns casos semelhantes.

Fallando em molestias de cuja transmissão podem ser inculpados insectos, devemos referir-nos a lepra. Tenho visto um numero bastante importante de casos incipientes, e cheguei a conclussão que, em muitos delles, a lesão inicial era uma placa erythematosa, que caracterisa talvez o ponto de inoculação. Esta lesão occupa geralmente regiões da pelle habitualmente descobertas. Para muitos autores estes erythemas seriam consecutivos a lesões nervosas e vasculares. As manchas que passam a linha mediana do corpo não fallam todavia em favor desta theoria. Ao contrario, parece que o processo se alastra na pelle do mesmo modo que uma dermatomycose ou uma mancha de azeite numa folha de papel. A mesma observação tem cabimento em relação á *vitiligo* simples, bastante frequente no Brasil e que chama muito a attenção em individuos de côr. A etiologia d'esta é desconhecida; parece independente de outras molestias.

Deixamos de lado os accidentes cutaneos provocados por mordeduras e picadas de animaes venenosos e peçonhentos, os quaes tambem são favorecidos pelo habito de andar descalço, mencionando apenas a dermatite provocada pelos pellos urticantes de muitas lagartas, por prestar-se esta a erros de dignostico quando a etiologia não é bem evidente. Vi, por exemplo, uma senhora que após ter viajado em um carro electrico, apresentou subitamente um erethyma do rosto. Reconheci que este erythema era devido a pêlos de lagartos cabelludos, cahidos de galhos de arvores que roçavam o carro ao atravessar uma alameda.

Não é muito raro observar-se erupções generalisadas em individuos sensiveis a certos medicamentos, como os mercuriaes, o sublimado, iodoformio, etc.

Um dos casos mais curiosos ligou-se á applicação de uma pedra de menthol contra dôres de cabeça. Não sómente for-

maram-se na testa crostas em estrias, correspondentes aos pontos de contacto, como tambem houve uma erupção generalisada que durou algumas semanas.

Devemos acrescentar ainda algumas palavras a respeito da *pellagra.*

Esta molestia parece occorrer esporadicamente; não tive comtudo ensejo de observal-a nos doentes que tenho tratado. Observei porém no interior do Estado de São Paulo uns cincoenta casos de uma doença um tanto parecida que descrevi sob o nome de pellagroide. Caracterisa-se esta por inflammação das mucosas, edemas e uma erupção hypostatica, a principio vermelha, tornando-se em seguida livida e não desappparecendo mais pela compressão. Accomette principalmente crianças novas, criadas artificialmente; dura de dois a tres mezes, terminando frequentemente pela morte em estado de cachexia extrema. Nas ultimas horas nota-se muitas vezes uma keratomalacia, podendo ir até á perforação das corneas.

Depois de sahir daquella zona, ha uns trinta e cinco annos, não me foi dado observar outros casos desta doença. Fui comtudo informado por um medico de Porto-Riço, ha uns seis annos, que os mesmos symptomas eram observados naquella ilha, sendo a molestia conhecida pelo singular nome de "la bonita".

Registramos ainda um caso observado na clinica de um collega no interior do Estado de São Paulo. Assemelhava-se a um caso de ergotismo gangrenoso, porque havia gangrena symmetrica com mummificação das mãos e dos pés. Não foi possivel obter esclarecimentos sobre a etiologia, visto tratar-se de um idiota não acompanhado por pessoa capaz de prestar informações.

Falta por ultimo mencionar uma molestia de pelle que não é muito rara no Noroeste de São Paulo e em algumas zonas visinhas. Trata-se de uma dermatite mais ou menos generalisada que, no principio, tem os caracteres de uma *pityriasis rubra* e mais tarde os de *dermatite exfoliativa* ou de *pemphigus foliaceus.*

A marcha é chronica e o prognostico duvidoso. Ha casos de cura mais ou menos espontanea, outros evoluem por muito tempo antes de terminar fatalmente. Se a molestia não fosse tão extensa que chega a occupar quasi toda a superficie cutanea podia-se até attribuir-lhe uma certa benignidade. Todavia é sempre muito mais grave que a tinea imbricata ou *tokelauringworm* com que tem sido confundido. A tinea imbricata é uma affecção completamente benigna que conheço de

vista e que não existe na America do Sul, nem mesmo entre os indios, porque o *caratés* ou *mal de los pintos* é uma molestia differente, a julgar pelas informações contidas na litteratura ou obtidos privadamente.

DISCUSION

Neocle Ragusin (Buenos Aires).—Recuerda que el psoriasis es muy raro en el tipo indígena argentino.

Tratamiento del lupus eritematoso por la nieve carbónica

POR EL DR. JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA (México)

Profesor de la Clínica Dermatológica en la Facultad de Medicina y en la de Altos Estudios de México

(Trabajo leído por el Dr. JOAQUÍN GONZÁLEZ)

Cada día son más numerosos los dermatólogos que recomiendan la crioterapia carbónica en esta tuberculide que ha constituído la desesperación de médicos y enfermos, antes de tan bello descubrimiento. Para el lupus eritematoso todo se había aconsejado y casi todo había fracasado. Fuera de la ignipuntura galvánica, según la técnica de Sabouraud, (1) que da resultados notables en el lupus fijo, los demás recursos empleados son muy aleatorios. Por eso los trabajos de Dade y Pusey, presentados al Congreso de Dermatología celebrado en Chicago en 1907, fueron acogidos con tanto entusiasmo, y primero en Norte América y después en Europa, bajo la influencia de Hoffmann y Halle, los partidarios del procedimiento han aumentado mucho.

Gotheil y Hoffmann declaran haber renunciado a toda medicación de esta dermatosis, que no fuese la nieve carbónica.

Beix, en 31 casos tratados, curó el 25 o|o, y mejoró notablemente el 65 o|o.

---

(1) R. Sabouraud. Entretiens Dermatologiques. Pág. 474. Paris, 1913.

Pero, sin duda, uno de los trabajos más demostrativos de la bondad del procedimiento, se debe a Paul Haslund, en la Clínica de Enfermedades de la Piel de Copenhague. (1) Al principio se aplicó de un modo restringido y concurrentemente con la luz, para tener una base sólida de comprobación de ambos métodos; pero después el uso de la nieve carbónica fué exclusivo para el lupus eritematoso, dada la superioridad innegable que posee sobre la Finsenterapia. No resisto el deseo de copiar la parte final de la memoria de Haslund:

"Como lo demuestran las observaciones clínicas antes relatadas, la cauterización por nieve carbónica representa en los casos de lupus eritematoso un método de tratamiento que compite con la Finsenterapia y que se muestra, sin duda, superior a todos los empleados hasta hoy, a menudo sin gran resultado. Las experiencias hechas en el Instituto Finsen, donde, como se ha dicho ya, la terapéutica por la nieve carbónica se aplicó en un gran número de casos, en todos ha sido favorable".

Además, Haslund insiste sobre la sencillez, la eficacia, los resultados prontos y aparentemente durables del método, el que nada deja que desear desde el punto de vista estético.

Animado por tan buenas recomendaciones y decepcionado de los otros tratamientos, comencé a usar la nieve carbónica en el lupus eritematoso, desde septiembre del año próximo pasado. y, tanto en mi Clínica de Dermatología de la Facultad de Altos Estudios, como en pacientes de mi clientela particular, los resultados han correspondido a los obtenidos con anterioridad por otros experimentadores.

La técnica seguida para la preparación de la nieve, ha sido, sobre todo, la recomendada por Sabouraud. Se necesitan los útiles siguientes:

1.° Un obús con ácido carbónico líquido. El comercio los facilita de distintos tamaños, conteniendo 20, 40, 50 kilogramos de gas.

2.° Un tubo metálico de cinco centímetros de longitud, con una perforación central de dos milímetros de diámetro. Dicho tubo se atornilla a una rosca universal que tienen los obuses en su parte superior, para el desprendimiento del ácido líquido.

3.° Una bolsa de gamuza para recoger la nieve.

4.° Moldes para darle forma a la nieve.

5.° Una espátula para recogerla.

---

(1) Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tome IV. 1913. Pág. 641.

El molde usado al principio de las aplicaciones fué el de Sabouraud. Consta de un block de encino de 20 centímetros de largo, dividido en la mitad por dos ranuras de un centímetro y medio de ancho por siete milímetros de profundidad, de suerte que al sobreponerse las dos mitades del trozo de encino, constituyen un molde en forma de regla, abierto en ambas extremidades. Para inmovilizar las dos mitades del molde, se atornillan y fijan con tuercas de las llamadas de mariposa. Una regla, también de encino, que desliza a frotamiento suave en el molde, completa el aparato. Para usarlo se llena la cavidad de nieve, estando atornilladas y fijas ambas mitadas del molde, y se comprime con la regla, dando uno o dos martillazos en su extremidad libre. Se destornilla el aparato y con la misma regla se saca el molde de nieve, que tiene exactamente la misma forma de la regla. La superficie de aplicación que resulta para emplear la nieve, es la terminal de la regla, o sea un cuadrilátero, de un centímetro por lado.

Dicho molde, muy útil para ciertos casos, no es aplicable en otros, cuando hay que cauterizar superficies muy pequeñas, algunas circulares. Además, el mismo molde no sirve de porta-lápiz y hay que manejar la nieve con algodón o gamuza, para evitar que dañe al operador. Por eso los moldes aconsejados por Pusey, Haslund, Stelwagon (1) y otros, son tubos de ebonita o de metal, de distintos diámetros, con un embudo en una de las extremidades, para facilitar la introducción de la nieve, y provistos de émbolos de madera para comprimir la nieve e ir sacando el lápiz a medida que se gasta.

Debo a la bondad personal del doctor William A. Pusey, de Chicago, inventor del método, una fotografía de sus moldes y una explicación para emplearlos. Esta deferencia del distinguido dermatólogo americano, ha dejado muy obligado mi reconocimiento.

En ulteriores cauterizaciones nos servimos de moldes de madera, uno cuadrangular y otro circular, ambos provistos de sus émbolos respectivos, que sirven para empujar el lápiz a medida que se gasta, el que permanece fijo en el molde, manejado como porta-lápiz.

Existen, por supuesto, aparatos más complicados y quizá más perfectos para moldear la nieve; hasta se ha inventado un criocauterio con mecanismo especial para graduar la pre-

---

(1) Henry Stelwagon.—A Treatise on Diseases of the skin. 1918. Pág. 128.

sión que se haga sobre la piel; pero no cabe duda que en este asunto, como en otros, lo más sencillo es lo mejor.

*
* *

Para preparar la nieve se pone horizontal el obús o si no inclinado, levantando el fondo sobre la extremidad opuesta, donde se halla el tubo de escape. Algunos hasta prefieren colocarlo completamente invertido, con dicho escape para abajo, usando para esto un trípode. Después se atornilla en la rosca universal del obús el tubo de desprendimiento. En éste se fija la bolsa de gamuza por medio del ajuste anular. En seguida se abre la llave del gas, colocada en la parte superior del depósito, graduando el desprendimiento en tiempo y en intensidad, según la cantidad de nieve que quiera reunirse. Al abrir la bolsa, una vez cerrada la llave y quitado el ajuste, se halla la nieve carbónica reunida en los pliegues de la gamuza, tan blanca y hermosa como pudiera serlo la de agua más pura. Con una espátula se lleva el ácido carbónico sólido a los respectivos moldes, y allí se fabrican los lápices.

*
* *

En la técnica de aplicación de la nieve hay dos factores completamente fundamentales: el *tiempo* que dura expuesta al contacto del lápiz crioterápico la región tratada y la *presión* ejercida al verificar el contacto referido. El tiempo de exposición es muy variable, tanto por lo que hace a las condiciones particulares de cada caso de lupus, y aún en un caso determinado, por lo que toca a las circunstancias de cada lesión; como por lo que concierne a la experiencia personal de cada autor. En puntos muy infiltrados, con escamas adherentes y con lesiones antiguas, la exposición debe ser larga y la presión fuerte para producir una reacción saludable. Haslund aconseja, sin embargo, aunque parezca paradójico, qué para lupus muy vasculares, congestivos, las exposiciones largas son las mejores. En casos recientes, sin mucha infiltración cutánea, en pieles finas, la exposición y la presión han de ser menores.

El criterio personal de los autores, por lo que toca a la primera, es, como dije, variable. Los americanos, como Stelwagon, recomiendan hasta cincuenta segundos. Sabouraud opina que exposiciones mayores de cuarenta son necrosantes y

que sólo deben usarse con fines destructivos en casos de lupus vulgar y en otros padecimientos neoplásicos análogos. Haslund prefiere de diez a quince segundos. Nosotros hemos sido moderados, y nunca en el lupus eritematoso hemos pasado de exposiciones superiores a veinte segundos. Las del último autor citado nos han parecido suficientes.

En una sola sesión nunca han de tratarse grandes superficies, porque se expondría a los pacientes a sufrir reacciones muy extensas y a veces intensas. Antes de tres semanas no es conveniente hacer una nueva aplicación en el mismo sitio, y a veces conviene esperar un mes o hasta seis semanas, para permitir la desaparición total de los fenómenos de reacción. Cuando tres aplicaciones sucesivas, con los intervalos señalados, no han dado buen resultado, hay que prescindir de la nieve de dióxido de carbono.

Inútil parece añadir que los cuidados de asepsia usuales son indispensables en todas estas manipulaciones.

*
* *

La reacción producida por la congelación cutánea se advierte pocos minutos después de verificada la aplicación. Variable con cada individuo, se caracteriza por las manifestaciones de una quemadura: dolor más o menos intenso acompañado de ardor y de rubicundez, formación de una flictena, la que apenas puede bosquejarse o, al contrario, llegar a su mayor desarrollo, llena por completo de un líquido citrino que, por exceso de presión, puede romper la cubierta epidérmica de la ampolla. Cuando la reacción no ha sido excesiva, el líquido flicténico se evapora, formándose una costra, delgada, adherente, algunas veces hemática por extravasaciones de la sangre. La cicatrización se completa en dos semanas, bajo la costra misma, la que, al caer, deja una superficie roja, lisa, que pronto palidece, persistiendo una mancha blanca, ligeramente atrófica, propia de las cicatrices lúpicas.

Es muy raro que, por exposiciones no mayores de veinte segundos, quede, después de la cauterización, una zona esfacelada, superficial, que tarde más en sanar, dejando cicatriz más notable.

La piel, en los puntos tratados, suele quedar discrómica, con el centro blanco, cicatricial, y con la periferia desigualmente hiperpigmentada. Esta condición inestética mejora bastante con el tiempo.

Las cauterizaciones practicadas cerca de los párpados se

acompañan con rapidez de intenso edema de esos velos membranosos, al grado de que en ocasiones los enfermos no pueden abrir los ojos. Tal complicación es, en realidad, sólo alarmante, pues desaparece por sí misma en muy corto tiempo.

En la semi mucosa de los labios, las aplicaciones de nieve pueden hacerse con igual facilidad que en la piel y no tienen inconvenientes separados, salvo los peculiares a las funciones de la región. Puede aquí llegarse a las exposiciones máximas que se usan para la piel.

Las complicaciones sépticas son muy raras. Unicamente las vimos en un caso, en la enferma de la observación primera, mujer descuidada y nerviosa, que no cesaba de tocarse los lugares cauterizados, produciéndose la ruptura prematura de las flictenas y la supuración de su contenido. Por lo demás, dichas complicaciones carecieron de interés, tanto porque fueron fácilmente dominadas, como porque no influyeron en la belleza de las cicatrices.

El tratamiento consecutivo a las cauterizaciones, es de lo más sencillo. Cuando las ampollas no se revientan, lo mejor es dejar que sequen espontáneamente, para que la cicatrización se haga bajo la costra aséptica. Cuando las flictenas se abren, y, con mayor razón, cuando se infectan, conviene curarlas con linimento óleo-calcáreo fenicado al uno por ciento o con ambrina.

*
* *

Son pocos los casos que hasta hoy llevo tratados, de lupus eritematoso por nieve carbónica; pero las seis observaciones recogidas me dejan una impresión tan favorable, que, a pesar del corto tiempo transcurrido desde el principio de la primera, ocho meses, confieso ingenuamente que con ningún otro tratamiento había visto resultados semejantes.

La enferma de la primera observación tenía el lupus extendido casi a toda la cara, fué muy agudo y congestivo. Curó en seis sesiones, hechas entre septiembre y febrero últimos, conservándose la curación hasta la fecha.

La segunda paciente sanó de las lesiones de las mejillas con tres exposiciones a la nieve, verificadas en algo más de dos meses. Ahora quedan en tratamiento las lesiones de las orejas.

La tercera observación es de un viejo caso de lupus, tratado con anterioridad por muchos recursos: escarificaciones, ignipuntura, cáusticos químicos, inclusive la nieve carbóni-

ca; pero aplicada sin regla, sin medir el tiempo, ni graduar la exposición, lo que en vez de curar produjo aumento de la infiltración cutánea, ya propia del lupus, y, consiguientemente, mayor dificultad para el nuevo tratamiento crioterápico, en el que, para obtener reacciones saludables, hubo que hacer exposiciones largas, con presión fuerte. A pesar de todo, las siete aplicaciones de nieve hechas hasta hoy han reducido mucho la dermatosis, estando curada en algunos sitios y quedando en otros pequeños lugares enfermos. (1)

La enferma de la observación IV es un caso de tratamiento mixto por la galvano-puntura y por nieve carbónica. Cinco sesiones de la primera, conforme a la técnica de Sabouraud, habían casi curado este lupus fijo de la nariz; pero, como persistiese una pequeña zona eritematosa, se le aplicó por dos veces la nieve con resultado favorable inmediato.

El estudiante de medicina de la observación V era un lúpico crónico de la nariz, inútilmente tratado por varios recursos médicos, y el que curó casi completamente con una sola aplicación de nieve. Como persistiese una pequeña zona eritematosa en la parte superior izquierda de la nariz, se le hizo una segunda aplicación, con la que desapareció este resto lúpico, conservándose la curación hasta la fecha, en vigilancia ulterior necesaria.

El sujeto de la observación VI tenía ocho meses de padecer dos plaquitas de lupus eritematoso fijo de la mejilla derecha. Aunque se le hizo una sesión de galvano-puntura, puede considerarse como curado *inmediatamente* por una sola exposición a la nieve carbónica.

En resumen: mi corta experiencia corrobora la de otros observadores, en el sentido de considerar como el mejor tratamiento actual del lupus eritematoso, en todas sus formas, a la nieve carbónica.

OBSERVACIONES

Observación I.—M. N., de 30 años, de Uruapán, Michoacán, viuda. Ha sido siempre sana. Casó a los 13 años, y uno después tuvo un niño a término, el único que vive sano. Es alcohólica.

El padre vive sano. La madre murió cardíaca. Tuvo tres hermanos y ocho hermanas, todos sanos. No hay, pues, antecedentes apreciables, personales ni de familia, por lo que hace a la tuberculosis.

(1) Posteriormente se obtuvo la curación completa de este lupus, en la que se ha mantenido durante un año.

La enfermedad actual le comenzó en abril de 1919, por manchas rojas en la frente, en los pómulos, y a lo último en el labio superior y tronco, las que le daban fuerte comezón.

Erupción eritematosa intensa, ocupando toda la frente, los pómulos, parte de las mejillas, el labio superior sólo en su parte cutánea, y ambos en la semimucosa, la parte anterior y superior del tronco. Todas las manchas son ligeramente escamosas, con escamas pequeñas, furfuráceas, blancas, casi pulverulentas, adherentes. La enferma, fuertemente emotiva, tiene brotes frecuentes de congestión facial púdica, que aumentan la rubicundez de las manchas.

Como síntoma subjetivo hay sólo prurito intenso e intermitente.

Tiene, además, seborrea fluente de la cara.

Durante su permanencia en el Servicio de la Clínica Dermatológica, tuvo en las piernas un brote de eritema indurado de Bazin.

La cutirreacción con la tuberculina fué negativa.

La nieve carbónica se le aplicó en la forma siguiente:

21 de septiembre de 1919.—Placa de la frente. Exposición 15 segundos. Presión moderada.

5 de octubre del mismo año.—Placa de la mejilla izquierda. Igual exposición y presión.

19 del mismo mes y año.—Placa de la mejilla opuesta. Idéntica presión y exposición.

23 de noviembre siguiente.—Lesión del labio superior. Igual presión y exposición. Reaplicación en algunos puntos de la frente y de la mejilla derecha, en los que persistieron puntos eritematosos después de la primera aplicación. Exposición, 12 segundos con presión moderada.

11 de enero de 1920.—Se volvieron a cauterizar puntos eritematosos persistentes, después de la primera cauterización en el labio superior y en la mejilla izquierda. La misma exposición y presión.

15 de febrero de 1920.—Lesiones de la semimucosa de ambos labios. Exposición 10 segundos, presión muy suave.

Siempre las reacciones fueron muy intensas, acompañadas de dolores agudos y de formación de ampollas. Las de la mejilla derecha y las de la frente se infectaron una vez.

Las lesiones del tronco no fueron tratadas, pero desaparecieron por sí solas al curar las de la cara. Al principio quedaron discrómicas las cicatrices, pero más tarde la pigmentación se regularizó, mejorando el resultado estético. En los ocho meses que pudo observarse a la enferma, el lupus no se había reproducido.

Obs. II.—P. G., de México, D. F., de 58 años, cocinera. De joven padeció bronquitis frecuentes y tenaces; en los inviernos sufre de sabañones en las manos. Hasta los 25 años fué dismenorreica.

La madre murió de tuberculosis pulmonar. El padre de pneumonía. No tuvo hermanos.

En junio de 1919 le comenzó la enfermedad actual, con manchas rojas, pequeñas y pruriginosas en los pómulos y en las conchas de las orejas.

Manchas eritemato-pigmentarias en ambos pómulos, irregularmente circulares, con tendencia cicatricial atrófica central, de bordes li-

geramente rojos, algo prominentes, cubiertas de costras-escamas gris-amarillentas, muy adherentes; al desprenderlas dejan una superficie muy exulcerada y que sangra con facilidad. La mancha del lado derecho medía como dos centímetros de diámetro, siendo un poco menor la opuesta. Las lesiones de las conchas auriculares eran semejantes a las descritas, pero menos eritematosas y con el centro más atrofiado, blanco, liso y deprimido; presentan numerosos comedones.

El 15 de enero de 1920, primera aplicación de nieve carbónica en ambos pómulos, con exposición de 12 segundos y presión suave. La mancha del lado derecho curó con esta cauterización.

El 15 de febrero siguiente, nueva aplicación en la lesión del pómulo izquierdo, con igual tiempo y presión. Pasada la reacción, quedó un punto central rojo e infiltrado.

El 6 de marzo siguiente se repitió la cauterización sobre el mismo lugar, en condiciones análogas a las anteriores. Después de tres meses, la curación se mantiene.

Están en tratamiento las lesiones de las orejas.

Obs. III.—E. P., de 38 años, de Sombrerete, Estado de Zacatecas, soltero. No tiene antecedentes personales importantes en el caso.

El padre murió, probablemente, de tuberculosis pulmonar, pues padeció mucho tiempo de una bronquitis crónica, de la que al fin sucumbió. La madre murió en asistolia por una lesión cardíaca. Uno de sus hermanos tuvo escrófulas, siendo aun niño.

El año 1905 le principió la dermatosis actual, a consecuencia de una escoriación que sufrió en la nariz, quedándole una manchita roja al caer la costra que produjo esa lesión. Asegura haberse curado después de largo tiempo de tratamiento; pero poco después reapareció el mal, siempre como manchas rojas, en la barba y en la comisura labial izquierda, de donde se extendió a casi toda la cara.

Actualmente presenta manchas eritematosas y escamosas, ocupando la nariz, casi en su totalidad, ambos pómulos, las regiones temporales y maseterinas de los dos lados, los labios en su semimucosa y muy poco en la porción cutánea, la ceja izquierda y región supraciliar correspondiente. En todos estos sitios las manchas eritematosas eran irregulares, con zonas de cicatrización atrófica en algunos puntos, con escamas blanquecinas, secas, adherentes, pitiriásicas y con prolongaciones foliculares. Hay infiltración notable de la piel en los lugares afectados.

E. P. había sido infructuosamente tratado por escarificaciones lineales, gálvano-puntura, jabón negro, solución de potasa cáustica, finsenterapia y aún por la misma nieve carbónica, pero aplicada con desconocimiento completo de la técnica, sin medir el tiempo, ni graduar la presión, ni reglamentar los intervalos entre las cauterizaciones. La crioterapia, hecha en tal forma, sólo aumentó la infiltración de la piel, haciendo más difícil el nuevo tratamiento, ya de suyo complicado, por la extensión del lupus y su extrema rebeldía a los otros recursos empleados.

Se le han hecho las siguientes aplicaciones de nieve carbónica,

usando en todas largas exposiciones, hasta de veinte segundos y presiones fuertes:

El 21 de septiembre, el 5 y el 19 de octubre y el 21 de noviembre de 1919; el 11 de enero, el 15 de febrero y el 6 de marzo de 1920.

A pesar de las largas exposiciones y de las fuertes presiones, las reacciones no fueron intensas, salvo en los labios, lo que sin duda debe atribuirse a la infiltración notable de la piel. Sin embargo, los resultados han sido muy satisfactorios, y el enfermo está casi curado, quedándole únicamente pequeños puntos eritematosos.

Obs. IV.—R. C., de 19 años de edad, soltera, de la ciudad de México, padece con suma frecuencia de afecciones catarrales respiratorias: coriza, laringitis, bronquitis; está siempre pálida y es de constitución débil.

No tiene antecedentes tuberculosos.

En diciembre de 1918 comenzó a estar enferma, con una mancha roja y pruriginosa de la nariz, cubierta de escamas, la que se extendió lentamente.

Al examinarla presentó una mancha eritematosa, ocupando la nariz en sus dos tercios inferiores, cubierta de escamas-costras, delgadas, blanco-amarillentas, situadas sobre una superficie ligeramente rezumosa, por coexistencia de seborrea oleosa fluente. La mancha tiene tendencia cicatricial atrófica en su centro y se extiende por la periferia, donde hay un levantamiento pequeño, más rojo que el resto de la mancha.

El primer tratamiento empleado fué la gálvano-puntura profunda, en cinco sesiones, con intervalos aproximados de tres semanas. Como después de la última gálvano-cauterización quedase, aun después de varias semanas, una pequeña zona eritematosa, el 21 de septiembre de 1919 se le aplicó la nieve carbónica, con diez segundos de exposición y presión suave. El resultado inmediato fué satisfactorio, pero se perdió de vista a la enferma por varios meses, hasta marzo del año actual, en que se halló reproducida la zona de eritema, haciéndosele otra aplicación de nieve carbónica, con igual resultado satisfactorio inmediato.

Obs. V.—A. A. de Z., de 22 años, de la ciudad de México, soltero, estudiante de Medicina. No tiene antecedentes patológicos personales importantes en el caso.

Sus padres viven todavía y están sanos; pero el padre tuvo durante ocho años y a la misma edad que A., un padecimiento cutáneo idéntico, del que curó, reapareciéndole en las orejas, donde dejó pérdida de substancia. Uno de sus hermanos también tuvo en la nariz y en las orejas la misma enfermedad que el padre. Otro hermano padeció de adenitis supurada del cuello.

El joven A. A. atribuye su mal actual a un eritema solar de la nariz, el que llegó hasta la formación de flictenas, las que creo se le infectaron por viejas lesiones, probablemente de impétigo vulgar, que llevaba en otros sitios de la cara y que databan de cuatro años.

Actualmente se nota una mancha eritematosa y escamosa-costrosa, ocupando casi toda la nariz, con puntos blancos de atrofia cicatricial. Hay dilatación de los orificios glandulares, los que se ven lle-

nos de grasa y además hiperhidroesteatidrosis. Los bordes de la mancha son irregulares y el superior, sobre todo, de mayor actividad, revelada por un tinte más rubicundo y ligera saliente.

El 11 de abril de 1920 se le aplicó nieve carbónica en toda la mancha, con quince segundos de exposición y presión moderada. La reacción fué intensa, llegando a la flictenización. Una vez desaparecida, dejó curada casi toda la lesión, persistiendo sólo un pequeño sitio eritematoso en la parte superior externa izquierda de la mancha, donde se hizo nueva cauterización el 16 de mayo siguiente, sólo con diez segundos de exposición y con la misma presión. Al terminar la reacción, que fué menos fuerte que en la vez anterior, la pequeña zona de eritema había desaparecido. Queda únicamente la vigilancia ulterior de esta curación inmediata.

Obs. VII.—S. S,. de 42 años, de Tenosique, Estado de Tabasco, casado, comerciante. Siempre ha sido sano y de constitución robusta.

Ignora de qué murió su padre. La madre falleció a los 68 años, probablemente bríghtica. Tres primas hermanas murieron tuberculosas.

En octubre de 1919 le comenzó en la mejilla derecha uno como ''barrito'', que se extendió poco a poco, formando costra. Al lado interno de éste, y como tres meses después, apareció otra lesión semejante, mucho más pequeña.

Al examinarlo se le notaron en los sitios señalados, manchitas eritematosas, cubiertas de escamas muy finas, presentando ligera atrofia cicatricial central e infiltración marcada de la piel. Como síntoma subjetivo, el enfermo acusa prurito.

El 8 de abril de 1920 se le hizo una sesión de gálvano-puntura profunda. Al caer las escaras y al desaparecer la rubicundez subyacente, se vió que la mancha pequeña había curado, pero la grande quedó aún eritemato-escamosa. Urgido el señor S. por volverse a su tierra, se le aplicó el 2 de mayo siguiente la nieve carbónica, con 15 segundos de exposición y presión moderada. La reacción fué intensa y se formó una flictena de la misma forma y tamaño del punto de aplicación del lápiz. Curada la reacción, y observado el paciente hasta casi un mes después, el mal parecía curado.

DISCUSION

Eduardo Jonquières (Buenos Aires).—Nos parece que la técnica empleada por el autor es algo complicada, en cuanto se refiere a la captación de la nieve carbónica. Hace mucho tiempo que nosotros no empleamos otra cosa que una simple toalla para recoger la nieve, y este pequeño detalle tiene su importancia, porque obrando de esta manera, el empleo del gas carbónico puede generalizarse entre los médicos, sobre todo de la campaña, debido a la sencillez de la técnica y a la baratura del remedio físico.

En cuanto a la técnica terapéutica, diremos que nos parece algo débil. En general, las aplicaciones, con presión moderada, requieren 20 a 30 segundos. En los lupus cretáceos de Devergie, hemos llegado a hacer sesiones de un minuto.

Nos parece superfluo tratar las reacciones que produce la nieve, con linimento óleo-calcáreo o con ambrina.

Se trata de una reacción fugaz, que cura espontáneamente en una o dos semanas, y que nunca se infecta.

Neocle Ragusin (Buenos Aires).—Recuerda que existen aparatos sencillos y prácticos para la aplicación de la nieve. Dice que en epiteliomas ha llegado a dos y medio minutos de aplicación, apoyando fuertemente sobre la región, en casos necesarios.

Angel Giménez (Buenos Aires).—Manifiesta que está de acuerdo con las opiniones del doctor Ragusin.

Joaquín González (México).—Dice que actualmente se usan en México pequeños obuses cargados de anhidrido carbónico, que se pueden llevar en el bolsillo, lo que los hace muy prácticos.

Sorotherapia do cancro molle phagedenico serpiginoso

PELO DR. OSCAR DA SILVA ARAUJO (Rio de Janeiro)

Assistente da Inspectoria de Prophylaxia da lepra e das doenças venereas

Chefe do Laboratorio da Clinica Dermatologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeir

A ulcera venerea simples é muito frequente no Rio de Janeiro, nos individuos das classes pobres. Si ella por si não tem geralmente maior gravidade torna-se digna de maior attenção pela sua complicação habitual a adenite satelite. As adenites impedem que as suas victimas se dediquem ás suas occupações obrigando-as a longo repouso e demorado tratamento.

Os methodos habituaes de tratamento da adenite exigem geralmente um mez e as vezes mais para a cura completa do doente.

Para corrigir esse inconveniente temos ensaiado novos methodos aconselhados como a drenagem filiforme e o processo Fontan.

Com este ultimo principalmente obtivemos bons resultados, sendo consideravelmente encurtado o tempo necessario para a cicatrisação.

Ultimamente experimentamos na clinica dermatologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, serviço do prof.

Terra a sorotherapia, empregando o serum anti-estrepto-bacillar de Reenstierna.

Esse serum é baseado no principio anticorpos e febre.

Reenstierna injectou carneiros pela via endovenosa com doses crescentes de estrepto-bacillos mortos e vivos. O serum assim obtido fixa a alexina (desvio completo), até a quantidade de 0,025 cc. addicionada de 0,25 de uma emulsão de bacillos de Ducrey e uma dóse normal de alexina.

O serum foi submettido a prova therapeutica no serviço do Prof. Almkwist, de Stackholmo, sendo applicado em cerca de 100 casos de bubões cancrosos, a maioria apresentando ulcerações do cancro simples.

Tendo verificado com o serum anti-gonorrheico que os gonococos muito sensiveis ao calor, morrem mais facilmente si os anticorpos do serum agem ao mesmo tempo que se eleva a temperatura do doente, resolveu Reenstierna applicar o mesmo principio aos estrepto-bacillos, egualmente sensiveis ao calor.

Tendo as primeiras experiencias, demonstrado que o serum anti-estrepto bacillar isolado exercia influencia notoria sobre o processo provocado pelo virus, influencia provavelmente de origem anti-toxica, passou Reenstierna a fazer uso de uma preparação composta do serum e de uma quantidade determinada de bacillos mortos (b. typhico, por exemplo). Verificou então com essa preparação, que os bubões não abertos expontaneamente ou não incisados, curavam-se completamente na média de uma semana. Fazia geralmente duas injecções intra musculares de 10 cc., com o intervallo de 4 a 5 dias, e em alguns casos apenas 1 injecção.

Os accidentes do tratamento são: calefrios, elevação da temperatura depois da injecção e dôr no local da mesma, durante alguns dias.

Ensaiamos a sorotherapia das adenites do cancro molle. nos ultimos mezes do anno passado.

Empregamos esse methodo em varios doentes, e conseguimos a cura em quatro, cinco dias e na média de uma semana. Geralmente a reacção foi pouco accentuada, consistindo em dôr, no local da injecção, e elevação de temperatura. Conseguimos quasi sempre a cura com uma só injecção de 10 cc.

Nos casos em que houve incisão das adenites ou abertura expontanea, não observamos o mesmo resultado mas o prazo para a cicatrização foi sensivelmente diminuido.

Em um unico caso o tratamento falhou completamente. Tratava-se de um individuo com uma adenite inflamatoria

dolorosa com o aspecto das adenites satelites do cancro molle. Havia no prepucio uma ulcera datando de dois mezes quasi completamente cicatrizada e sem base endurecida. As pesquizas de bacillo de Ducrey e de treponema foram negativas. Como negativa foi tambem a cuti-reacção de Ito, e a reacção de Wassermann. Dois dias após a injecção do serum Reenstierna o doente exhibia uma roseola typica e dôres osteo-articulares intensas. O Wassermann, que fora antes negativo, tornou-se fortemente positivo. Esse caso evidencia a acção especifica do serum Reenstierna.

Dentre os doentes que tratamos por esse methodo, um principalmente evidencia o seu alto valôr.

Tratava-se de um caso de *ulcus molle phagedenicum serpiginosum* que vinhamos observando desde 15 de fevereiro de 1919, quando esse doente se matriculou pela primeira vez no serviço do Prof. Terra e em que tinhamos empregado os varios tratamentos aconselhados sem conseguir curar o doente.

Observação (15-2-1919). (Véase a figura).

J. C., portuguez, branco, com 44 annos, casado, lavrador.

Antecedentes hereditarios.—Pae e mão ainda vivos, residem em Portugal; já idosos, gozam saude. Irmãos em numero de tres tambem sadios.

Antecedentes pessôaes.—Ha dez mezes teve um cancro mixto no freio, acompanhado de adenites inguinaes direita e esquerda. Não refere manifestações cutaneas consecutivas, mas dois mezes depois appareceram placas mucosas, cephaléa intensa, e dôres articulares com paroxysmo nocturno.

As adenites suppuraram e se abriram espontaneamente; as bordas da lesão se ulceraram e installou-se o cancro phagedenico serpiginoso. Foram-lhe então applicadas injecções 914. As dores osseas cederam mas as adenites inguinaes não foram influenciadas.

Estado actual.—Nas regiões inguino-cruraes e pubiana duas vastas ulceras de forma irregular e aspecto serpiginoso, as lesões occupam toda a região inguino-crural direita e esquerda e parte da região pubiana, estando separadas por uma pequena zona indemne do terço medio dessa ultima região. As ulcerações são delimitadas por bordas elevadas, irregulares, recortadas, sinuosas, descoladas e endurecidas. O fundo da lesão é anfractuoso, irregular, banhado por supuração abundante e coberto de falsas membranas.

Veem-se pequenas porsões de pelles sá insuladas na região ulcerada. Em torno das ulceras, que são muito dolorosas, o tegumento apresenta um tom violaceo.

Epitrocleanos muito desenvolvidos, esternalgia e tibiagia.

Exames feitos.

Em frottis feitos com material colhido nos tecidos das ulceras foram encontrados estrepto-bacillos.



Photographia tirada em Fevereiro de 1919.



Photograph'a tirada no dia da injecçao de sôro anti-estrepto bacillar. As lesões não estão muito visiveis por estarem cobertas de crosta espessa.



Photographia tirada após o tratamento pela sorotherapia em 5 de Novembro de 1920


19
E



Reacção de Wassermann no sangue negativa.

Exame do liquido cephalo rachidiano:

Wassermann negativo.

Lymphocytos 6.

Albumina 2 y 1|2.

Tratamento.

As ulceras foram curetadas sob anesthesia local e nos dias seguintes foram feitos curativos asepticos.

A lesão não cicatrisou e continuou a invadir as partes visinhas.

Ao mesmo tempo foi feito tratamento especifico arsenical e mercurial intensivo.

Ensaiamos durante muitos dias as cauterisações com lapis duplo de nitrato de prata e zinco. Com essas applicações cicatrizaram alguns pontos na zona central das ulceras, mas o phagedenismo continuou na peripheria.

Dentamos em seguida o tratamento com pulverisações de iodoformio e duchas de ar quante. As melhoras foram diminutas. Experimentamos depois o tratamento com alcool absoluto. Em dias alternados eram as ulceras lavadas com essa substancia. De todas as tentativas feitas foi essa a que deu melhor resultado, conseguindo-se a cicatrização de grande parte das lesões; o doente porém dizia serem as applicações serem muito dolorosas e não quiz continuar o tratamento, retirando-se do hospital em 24 de novembro de 1919.

Em agosto de 1920, o doente voltou a consulta.

No dia 18 desse mez foram feitas as seguintes experiencias:

1.º Pesquiza do bacillo de Ducrey em frottis.

2.º Biopsia.

3.º Inoculação em quatro pontos da pelle com material colhido nas ulceras.

4.º Cuti-reacção de Ito com uma vaccina preparada pelo Dr. Reenstierna.

Resultados: O exame microscopico revelou a presença do bacillo de Ducrey tanto nos frottis como nos cortes.

Nos pontos de inoculação manifestaram-se ulceras com aspecto typico de cancro venereo simples.

A cuti-reacção foi fortemente positiva.

No dia 9 de setembro foi o doente internado na clinica dermatologica.

Nessa data appresentava o doente extensas ulcerações serpiginosas se estendendo do terço inferior das paredes antero-lateraes do abdomen até o terço superior das coxas.

O aspecto da lesão era muito variado divergindo de um ponto a outro. Numa zona apresentava-se em uma phase de evolução e em outras em phase completamente differente. Encontravam-se porções de pelle sã entremeiadas de partes ulceradas; no centro destas e circumdando-as como uma moldura viam-se cicatrizes fibrosas, e irregulares, como as deixadas pelas queimaduras.

Na parte inferior da parede antero-lateral direita existia uma ulcera circular, de bordas elevadas e fundo granuloso; logo abaixo

uma zona coberta por uma cicatriz esbranquiçada e irregular. Para fôra da espinha illiaca anterior e superior direita e sobre a região trochanteriana ulceras ovaes com o mesmo aspecto. Na região pubiana direita pequenas ulceras sinuosas; na região inguino-crural direita uma extensa cicatriz esbranquiçada, muito espessa, endurecida, coalhada de bridas fibrosas. No terço superior da coxa direita uma grande ulceração de 23 centimetros de cumprimento, sendo o diametro da coixa de quarenta e oito centimetros, e 4 centimetros de largura, em forma decrescente, e disposta perpendicularmente ao eixo da coxa, esta ulceração que apresentava bordas sinuosas, elevadas e fundo vermelho e irregular coberto de pús espesso, resultou de tres ulceras visinhas que se fundiram. Para fôra e um pouco para cima dessa lesão, uma ulceração quadrangular com o mesmo aspecto. A cima dessas ulcerações uma lesão linear entrecortada de pequenas zonas cicatrizadas. Na região pubiana alta uma ulcera circular medindo 3 centimetros de diametro.

Do lado esquerdo uma lesão de forma de losango, apresentando ulcerações na peripheria e cicatriz no centro e se estendendo da parte inferior da parede antero-lateral esquerda do abdomen ao terço superior da coxa, e da espinha iliaca anterior e superior ao terço externo e a região pubiana. Viam-se cinco ulceras, quatro arredondadas, uma no angulo superior do losango e tres no angulo externo, e uma em forma de quadrilatero no angulo inferior, todas essas lesões com aspecto typico do cancro phagedenico serpiginoso.

Acima da espinha iliaca anterior e superior esquerda uma pequena ulcera circular superficial raza, com bordas descolladas, fundo irregular coberto de pús espesso e bordas sinuosas e descolladas. Esta lesão provinha da auto inoculação experimental; no terço medio da coxa esquerda, duas outras ulceras com a mesma physionomia clinica e consecutivas tambem a auto inoculação experimental.

Tratamento.

9 de setembro. Foi feita uma larga curetagem, sob anesthesia local, sendo cortadas a thesoura e retiradas as bordas das ulceras. As lesões foram lavadas com uma solução de sulfato de cobre a 2 o|o.

Injectou-se em seguida, subcutaneamente, na parte superior da nadega esquerda, 20 cc. do serum antiestreptobacillar de Reenstierna.

10 de setembro. As dôres intensas que o doente accusava nas ulceras quasi desapparecidas. A temperatura maxima verificada foi de 39º e 2, na noite do dia anterior. Curativo com sulfato de cobre a 2 o|o.

11 de setembro. As ulceras apresentam-se mais limpas. Lavou-se com agua destillada quente e applicou-se airol e camphora.

12 de setembro. As dôres desappareceram por completo o doente não accusou soffrimento maior por occasião do curativo. A supuração diminuiu muito e notam-se granulações frescas e vermelhas. Curativo com iodoformio.

13 de setembro. As lesões não apresentam mais o aspecto typico do cancro phagedenico. Curativo com airol e camphora.

15 de setembro. As ulceras pequenas começam a cicatrizar. As outras sem dores, sem secreção e em marcha de epithelisação.

O fundo das ulceras foi tocado com lapis de nitrato de prata.

17 de setembro. As ulceras menores apresentam-se completamente cicatrizadas, e as maiores em via de cicatrização. Cauterisação com nitrato de prata.

20 de setembro. A epithelisação continua. Todas as ulceras diminuidas.

27 de setembro. As ulceras do lado esquerdo estam todas cicatrizadas. Do lado direito a epithelisação continua.

30 de setembro. Do lado direito as ulceras estam muito reduzidas. Cessamos toda a applicação local, fazendo apenas curativos asepticos.

10 de outubro. Do lado esquerdo a cicatrisação é completa e perfeita. Do lado direito persistem a ulceração superior, mas já muito diminuida e a grande ulcera da coxa, reduzida a menos de um terço.

15 de outubro. A ulcera superior do lado direito completamente cicatrizada. A da coxa reduzida a uma lesão medindo 3 centimetros por 2.

30 de outubro. Cicatrização completa das lesões do lado direito. O doente foi considerado curado, mas continuou em observação ainda até o dia 27 de novembro, quando se retirou do hospital completamente curado do cancro molle phagedenico serpiginoso.

Este caso nos pareceu digno de registro especial por ser bem demonstrativo da efficacia da soro-therapia. Tratava-se de lesão datando de mais de dois annos e meio em que já tinhamos feito todas as tentativas de tratamento sem resultado.

Granuloma venereo buccal

PELO DR. OSCAR DA SILVA ARAUJO (Rio de Janeiro)

Assistente da Inspectoria de Prophylaxia da lepra e das doenças venereas

Chefe de Laboratorio da Clinica Dermatologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

O granuloma venereo ou granuloma ulceroso, impropriamente denominado tambem granuloma tropical, pois tem sido observado nas cinco partes do mundo e nos climas os mais differentes, é uma dermatose ulcerosa causada pelo Calymmato-bacterium granulomatis.

Observado pela primeira vez nas Indias em 1882, ignorava-se a sua etiologia até 1905.

A primeira descripção clinica perfeita do granuloma é a de Conyers e Daniels, que observaram 9 casos na Goyana Ingleza.

A histologia patologica dessa enfermidade foi feita pela primeira vez do modo perfeito e completo por Galloway.

Le Dantec sustentou ser o granuloma uma afecção lupica.

Crocker sustentou ser o granuloma uma afecção estaphylococcica, cujo germen teria augmentado a sua virulencia na raça negra.

Donovan em 1905, descobrio o germen hoje considerado como especifico, classificou-o como protosoario visinho da leishmania.

Siebert, em 1907, desconhecendo os trabalhos de Donovan, examinando o material que lhe fora enviado de Madras, descreveu o mesmo germen verificado por Donovan, reconhecendo-o porém como um bacillo encapsulado.

No Brasil o primeiro caso de granuloma foi estudado por Fernando Terra em 1909, sendo então verificada a existencia dessa doença em nosso paiz. Em 1912 E. Rabello assignalou a presença do germen de Donovan em casos de granuloma.

Aragão e Vianna isolaram o germen, e denominaram-no calymmatobacterium granulomatis.

Em 1917 Souza Araujo synthetisou em bella monographia os estudos nacionaes sobre o granuloma.

Até dezembro de 1916, foram verificados no Brasil 59 casos de granuloma venereo. De 1917 até setembro de 1921, estiveram matriculados na clinica dermatologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, oito doentes portadores de granuloma venereo.

As lesões do granuloma se assestam de ordinario sobre os orgãos genitaes e sua peripheria, e só excepcionalmente em outras regiões.

Nos casos que temos observado no Brasil as lesões se assestavam nas regiões inguino-cruraes, no perineo, em torno ao anus, no baixo ventre, no forro do penis, no prepucio, na glande e nos orgãos genitaes externos da mulher.

Em um caso descripto pelo Prof. Terra, havia ulceras expársas pelo abdomen.

Geralmente os doentes attribuem o apparecimento do granuloma a um contacto venereo.

A lesão inicial é um pequeno nodulo avermelhado em cujo

centro surge uma vesico-postular; em torno desse nodulo surgem outros que confluem e se ulceram.

Quando assestada na região inguinal a lesão é linear e si localisada em superficies planas manifesta-se por placas circulares exparsas. O fundo da lesão, sitiado em nivel inferior ao tegumento, cobre-se de pequenas granulações achatadas, aconchegadas, avermelhadas, cobertas de um inducto gris-perle. As bordas elevadas, cobertas de pequenas vegetações confluentes cortam bruscamente as partes sãs. Uma serosidade com fetido caracteristico e accentuado banha fartamente as ulcerações do granuloma.

A reparação dos tecidos se faz por uma cicatriz consistente, reticular, irregular, conservando muitas vezes ilhotas onde as lesões recidivam frequentes vezes.

As localisações extragenitaes do granuloma são raras.

Revendo a litteratura nacional e estrangeira só encontramos referencia aos seguintes casos:

1º caso.—Cecil e Strangman referem um caso con lesões no peito, ascilla e pescoço.

2º e 3ºˢ casos.—Maitland descreve a observação de um casal de indianos atacado de granuloma com lesões na bocca.

4º caso.—Sequeira observou um doente com lesões no penis, na verilha e no angulo esquerdo da bocca.

5º caso.—Alexandrino Pedroso, em S. Paulo, Brasil, descreveu um caso com localisação no labio superior e no angulo direito da bocca.

6º caso.—Fernando Luz, na Bahia, Brasil, observou um caso com lesões inguino-cruraes, na commissura labial e bochecha do lado direito.

7º caso.—Octavio Torres, tambem na Bahia, observou um caso em que havia lesões no perineo, nas nadegas, na face direita, no nariz e nos labios.

8º caso.—David Sanson, observou no Rio de Janeiro, em 1913, um caso com lesões nos orgãos genitaes, na prega inguino-crural esquerda e na bocca, occupando o labio inferior e a mucosa buccal do lado esquerdo.

9º caso.—João Marinho, observou no Rio de Janeiro, em 1918, um caso em que havia lesões genitaes e no veo do paladar.

10. caso.—Bonne e Verhagen observaram na India um caso de granuloma com localisação no labio superior e aza do nariz em uma rapariga de 32 annos, que apresentava lesões genitaes, datando de varios annos.

Passamos agora a referir o caso que observamos em setembro de 1919 e que pela nossa estatistica é o 11° de localisação extragenital.

Na data acima matriculou-se no serviço do Prof. Terra um doente portador de lesões ulcerosas nas regiões inguino-cruraes e na bocca. Desconfiando tratar-se de um caso de granuloma fizemos a pesquiza microscopica e verificamos a presença do Calymmatobacterium Granulomatis em frottis de material colhido nas regiões inguinaes e buccaes.

Observação. (V. a figura).

C. S., brasileiro, preto, 39 annos, solteiro, operario, morador a rua Senhor dos Passos núm. 159, Rio de Janeiro.

Antecedentes hereditarios: sem importancia.

Antecedentes pessoães: Ha seis annos blenorrhagia e cancros venereos simples.

Após os cancros venereos teve uma adenite inguino-crural direita quo não cicatrizou e tomou aspecto serpiginoso e se estendeu até a região perinal.

Apresenta uma lesão ulcerosa, de fundo vermelho vegetante banhado por serosidade abundante e fetida, com bordas nitidas, disposta linearmente do terço medio da verilha direita até o perineo, com 2 centimetros de largura.

Na glande uma ulcera avermelhada, lisa; no prepucio, quasi todo destruido, ulcerações vegetantes, hypertrophicas. As lesões da glande surgiram após a localisação inguinal.

Mezes após o apparecimento das lesões genitaes surgiu a localisação buccal. Começou por um pequeno nodulo assestado no labio superior na altura do primeiro canino superior. Esse nodulo se ulcerou e a lesõ se propagou pelo labio superior, ganhou a commissura labial direita e se estendeu pela mucosa da bochecha até os pillares e a uvula.

A metade direita do labio superior mostra-se augmentada de volume. No labio a lesão é de côr avermelhada, de superficie irregular, com pequenas granulações, mais accentuadas, nas zonas limitrophes com o tecido são, salpicada de pontos amarellados. Na mucosa da bochecha as lesões são mais granulosas, com aspecto ligeiramento vegetante.

O exame da cavidade buccal tornou-se muito difficil por não poder o doente abrir a bocca. O pilar direito a amygdala e a uvula foram invadidos pela ulceração, apresentando-se cobertos de lesões granulosas, avermelhadas.

Ha quatro mezes começou a sentir dôr de garganta e tornou-se rouco, quasi aphonico. Não foi possivel o exame do laringe.

El sulfato de cobre amoniacal en ciertas dermatosis

POR LOS DOCTORES

JOSÉ BRITO FORESTI (Montevideo)

Profesor de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina

Y

BARTOLOMÉ VIGNALE (Montevideo)

Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina

Si nos hemos decidido a presentar el trabajo más arriba enunciado ha sido para someter a la consideración de los señores congresales un tratamiento que, por ser poco usado y poco conocido, conviene hacerlo conocer en sus detalles, presentando los resultados obtenidos en varias clases de dermatosis y, sobre todo, a aquellas en que intervienen como agentes productores el estafilococo y el estreptococo, pero sobre todo sobre el primero.

El sulfato de cobre amoniacal, que es al que nos referimos, se debe usar sólo por vía intravenosa, por ser la única que el organismo tolera, a condición de que se llenen los detalles que enunciaremos.

Ante todo diremos que empleamos la solución acuosa de este producto, perfectamente esterilizada. La fórmula es:

Sulfato de cobre amoniacal	4 grs.
Agua destilada	100 ”

Para inyecciones intravenosas

A la dosis de 0 gr. 04 centigrs., 0.08. 0.12 y 0.16 no es tóxico ni perjudicial en manera alguna, pues no da reacciones generales de ninguna naturaleza, no dando ni manifestaciones renales, ni digestivas, ni hepáticas, etc.

Pero debe recomendarse estrictamente el empleo del medicamento con una técnica intravenosa perfecta, porque los resultados de la infiltración, aún a dosis pequeñísimas, son terribles: dolor agudísimo e intenso, edema inflamatorio, provocado por ser este líquido de gran causticidad.

Sólo en un caso, el de Am. Igl., he notado una ligerísima molestia, manifestada por mareos muy fugaces, después de estas inyecciones, sin tener, por eso, seguridad completa de que estos mareos fueran debidos a la inyección, porque podría tratarse de un fenómeno emotivo.

¿En qué casos debemos emplear este medicamento?

Decíamos que en todas las afecciones donde el estafilococo y a veces el estreptococo estaban en juego habíamos obtenido buenos resultados.

Lo inyectamos dejando un día de intervalo entre cada inyección, no porque sea necesario hacerlo así, sino por razones de comodidad para el paciente, pues sin inconveniente de ningún género puede inyectarse diariamente.

En la policlínica del profesor doctor José Brito Foresti, en la Sala Ricord B y en el Hospital Militar, lo hemos empleado muchísimas veces en distintas afecciones cutáneas, estando satisfecho del resultado obtenido en la mayoría, y seguros de curas eficacísimas en otros.

Leeremos las historias clínicas de varios casos, entre muchos, de distintas dermatosis, para poder apreciarlo en sus detalles y para confirmar los casos de curación y las conclusiones a que arribamos.

Primera observación. — C. G., 33 años, española, quehaceres domésticos. Se presenta al Consultorio por primera vez, el 16 de mayo de 1921. Su historia es la siguiente: Vista por primera vez un enrojecimiento con edema de la cara, comprendiendo particularmente los párpados, la nariz y las mejillas. Este enrojecimiento y edema se acompañaron de un movimiento febril bastante intenso, con el correspondiente malestar general. La zona roja no tenía límites netos, y presentaba a la presión una ligera disminución del color. Aumento local de la temperatura también. Pocos días después de este empuje, los fenómenos cedían, la fiebre cesaba, pero la piel de la cara se conservaba roja y algo edematosa, sobre todo al nivel del ojo derecho. Con intervalos irregulares, pero generalmente cada dos meses, el movimiento febril se repetía, acompañado de un aumento paralelo de los síntomas cutáneos.

Durante cinco años, pues, la enferma ha tenido una infinidad de ataques parecidos. Se trata evidentemente de una estreptococcia. El estado general se conserva bueno; en la orina no hay albúmina ni azúcar.

Un primer tratamiento, instituído en mayo de 1921, con 20 centigramos de colargol al interior en forma pilular, y una pomada de ictiol al 10 o|o, no dió resultado. Los ataques febriles se repitieron. En julio de 1921 nos decidimos a hacer inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal, utilizando la solución al 4 o|o e inyectando cada dos días. La primera fué de 1|2 cc.; la segunda de 1 cc., y todas las demás de 2 cc. Estas inyecciones han sido perfectamente toleradas; no han provocado reacción general alguna; fueron hechas en total unas 20 inyecciones con este tratamiento; no hemos visto reproducirse más los ataques febriles; las zonas rojas y el edema de la cara han disminuído considerablemente, quedando sólo,

cuando la última inyección, un poco de edema al nivel del ojo derecho.

Vemos, pues, los resultados obtenidos en este estreptococcia de la piel de la cara, afección rebelde por la tenacidad de la infección y, sobre todo, por la facilidad con que hace empujes febriles con recrudecimiento de los síntomas locales, trayendo molestias al enfermo, de orden moral, porque cuando parece llegada la cura, se ve en peores condiciones que al principio.

Segunda observación.—Fué sacada de la Policlínica Dermosifilopática del Hospital Maciel.

A. I., 16 años, uruguaya, quehaceres domésticos, se presentó a la Clínica el 16 de junio de 1921, con una lesión de la piel caracterizada por un edema, tomando la parte interna de las mejillas, parte superior de la nariz, párpados y zona inferior de la región frontal, reacción local caracterizada por calor, lagrimeo, dolor, dejando a la presión la marca del dedo, sin punto de fluctuación alguno, ni puerta de entrada aparente que explicara esta infección localizada.

Las molestias consistían en calor local, tirantez de la piel y sensación de fiebre. Tenía pequeña reacción febril y un estado general no bueno.

So trataba evidentemente de una estreptococcia de la piel. La historia anterior confirma este diagnóstico. Hace 9 y 1|2 meses había tenido un acceso igual, que se le había tratado con baños calientes boricados y agua oxigenada, y con una pomada, que por los datos que da la enferma, parecería ser de ictiol o de colargol. Este estado era igual al que describimos ya. Este primer acceso curó a los 20 días, aparentemente del todo, hasta que poco después volvió con más intensidad que antes y con todas las mismas características de los anteriores. Se volvió a hacer tratamiento local y a quedarse a un régimen alimenticio apropiado, y después de un período de un mes de curaciones, desapareció, pero no completamente, porque la enferma dice que conservaba un pequeño edema de los párpados.

Después se presentó en la clínica con la afección que describimos, hace casi cuatro meses y a los seis meses del comienzo de su mal.

Se trata, por los datos actuales, y por los antecedentes de un caso de estreptococcia recidivante de la piel de la cara.

En los primeros días de asistencia en la Clínica, se le hizo tratamiento local en forma de aplicaciones de compresas húmedas de sulfato de cobre al 1 o|oo, y pomadas, primero de óxido amarillo de hidrargirio y después de colargol al 10 o|o, hasta que, visto el resultado infructuoso de este método, se resolvió hacerle inyecciones de sulfato de cobre amoniacal intravenoso. Se comenzó por 0.02, aumentando a 0.04 y siguiendo con 0.08 ctgs., dándolas con intervalo de un día, a razón de tres por semana, no porque no se pudieran dar diariamente, como ya hemos dicho, sino como comodidad para la enferma, que se ahorra el trabajo de venir hasta la Poli-

clínica diariamente. Las ha tolerado todas perfectamente, siendo ésta la enferma que notaba pequeños mareos después de cada inyección, siendo la única que manifestó esta pequeña molestia entre tantas tratadas de la misma manera. Todo marchó perfectamente, después de 33 inyecciones el edema ha desaparecido, igual que la sensación de calor, dolor, etc., no habiendo tenido repetición de su absceso, y dando ahora la impresión de estar curada.

Este segundo caso de estreptococcias es, lo repetimos, bien concluyente.

Tercera observación.—M. F. y F., española, viuda, quehaceres domésticos, 62 años.

Se trata de un interesante caso de forunculosis aguda, afección en la que parece sumamente indicado el sulfato de cobre en la forma intravenosa, no sólo por otros casos tratados con resultados espléndidos, sino por éste que voy a relatar, caso de gran virulencia, en el que se ve que fué dominado por el sulfato de cobre con extraordinaria rapidez.

A mediados del mes de julio de 1921, le apareció un forúnculo en la parte derecha del cuello, provocando un intenso edema local, agudo dolor y malestar general. A los tres días le apareció otro en la parte media del brazo derecho con la misma reacción local, aumentando el malestar general.

Hizo tratamiento local durante varios días, hasta que fué a ver a un cirujano, quien se los incindió. A los cuatro días le apareció un absceso de la palma de la mano, que también le fué incindido.

A los 20 días del comienzo de la afección, se presentó en mi consultorio particular, presentando el cuadro siguiente: un forúnculo de la nuca con edema intenso de toda la región, sumamente doloroso, otro forúnculo más pequeño en el hombro derecho, y con mucha supuración en la herida de la palma de la mano, provocada por la incisión del absceso de que ya hemos hablado.

El estado general estaba también tocado. Ligero estado febril, inapetencia, malestar, etc. Desde que la vi pensé que podría tratarse con sulfato de cobre, por ser una afección de la piel en la que el estafilococo es el agente principal, si no el único en la mayoría de las veces.

Le hice una curación en el Consultorio y le dije que al día siguiente comenzaríamos en la Clínica del Hospital Maciel el tratamiento ya dicho.

Le hice una primera inyección de 0.04, y notó mejoría en los dolores y en el estado general.

A los dos días le inyecté 0 gr. 08 centgs. y continuó la mejoría, hasta desaparecer los dolores. Le hice tres más de 0 gr. 12 centgs., con el mismo intervalo, y la enferma curó completamente, habiendo desaparecido el dolor, el edema y encontrándose la enferma perfectamente.

Hace pocos días, el 27 de septiembre, la enferma volvió a la Clínica por una supuración del pulgar derecho, provocada por una pin-

chadura, que se infectó, pero sin haber vuelto a sentir nada de lo que antes le aquejó.

Se le hizo una pequeña incisión y se le dieron tres inyecciones de sulfato de cobre, como medida precaucional para destruir por completo el foco piógeno.

Este caso, que comentaremos al tratar las consideraciones, es bien demostrativo, en cuanto a la acción del método de que tratamos en la forunculosis.

Cuarta observación.—A. C., uruguayo, soltero, 20 años, maquinista. Hace tres meses le comenzó la piodermitis que actualmente lo aqueja y que no describiré por no molestar la atención, tratándose de una afección tan conocida y de escaso valor por su fácil curabilidad. Vino a la Clínica el día 6 de septiembre del corriente año, por una piodermitis de las piernas y del hombro derecho.

Presentaba, además,—y esto es lo que nos interesa,—una zona roja, edematosa, bastante extendida, dolorosa, extendiéndose en longitud en un trayecto de unos quince centímetros por unos ocho de ancho, con trazos de linfangitis troncular, naciendo en esta zona, y que se elevaban siguiendo el trayecto de los linfáticos. Esta zona ocupaba la parte inferior y media de la pierna izquierda. Por todos los caracteres enunciados, hicimos diagnóstico de linfangitis de la pierna izquierda. Se le hizo tratamiento local durante dos días y no mejoró, sino que tendió a empeorar, porque su parte superior tomó mal aspecto, pareciendo que fuera a formarse un absceso.

A los dos días se le hizo la primera inyección de 0.04, que se le fué aumentando hasta llegar a 0.12, tolerándola perfectamente.

Los fenómenos desaparecieron rápidamente, y a la séptima inyección todo había entrado en la normalidad, habiendo desaparecido todo.

Tenemos aquí un caso de linfangitis reticular y troncular, desaparecida completamente, linfangitis que, con seguridad, por la marcha que llevaba, se hubiera hecho flegmonosa.

Quinta observación.—M. M., oriental, 20 años, herrero, soltero. La afección que traía a la Policlínica le comenzó a mediados del mes de junio. Cuando nos vino a ver, el día 2 de agosto, tenía una piodermitis de las piernas y parte inferior del abdomen, y además, y esto es lo que nos interesa, una foliculitis de la pierna, afección siempre muy rebelde a todo tratamiento local. Tomaba todo el largo de la pierna derecha, desde un poco por debajo de la articulación de la rodilla, hasta un poco arriba de la articulación tibio-tarsiana. Gran cantidad de folículos pilosos estaban infectados, dando ese aspecto de la infección folicular en masa tan característico.

Se resolvió hacerle el tratamiento de sulfato de cobre intravenosa, haciendo un poco de tratamiento externo. Se le comenzó por la dosis de 0.04 y se aumentó progresivamente hasta 0.12, sin notarse molestias de ninguna naturaleza, y a las 16 inyecciones esta afección tan rebelde había desaparecido completamente.

Sexta observación.—G. L. de A., viuda, española, 42 años, labores.

So trata de un caso interesante por lo prolongado y con facilidad a recidivar, como veremos ahora.

Hace cuatro años vino por primera vez al Hospital Maciel, con una afección que por los datos que nos da hace pensar en una linfangitis do la pierna.

En eso entonces la trató el doctor Joaquín Canabal, con una solución para lavar las partes enfermas, y pomada, sin poder especificar cuáles eran los ingredientes que las componían. Después de seguir este tratamiento durante bastante tiempo, curó bien.

Hace un año volvió de nuevo a la Policlínica del profesor Brito Foresti, con la misma afección: éste la trató con aplicaciones húmedas de sulfato de cobre y pomada de colargol.

Después de varias alternativas volvió a curar.

El 13 de septiembre de 1921 se presentó a nuestra Policlínica con una pequeña escoriación en el cuello del pie izquierdo, presentando en la parte media de la pierna, cuatro o cinco manchas ligeramente levantadas, con dolor local, rojizas y con calor que al tacto se notaba perfectamente. Estas manchas estaban en el mismo sitio que las que había tenido hacía un año.

Estos distintos sitios de infección se fueron juntando hasta formar una ancha placa, dolorosa, edematizada, nítidamente limitada en la parte superior y con una extensión de unos diez centímetros por cinco de ancho. Se trataba de una linfangitis recidivante.

El estado general no era bueno: malestar, inapetencia, etc.

Se le hicieron inyecciones de SO_4Cu. La primera de 0.04 y con un día de por medio, se fué aumentando hasta 0.16. Los dolores y el estado general fueron mejorando paulatinamente y a la sexta inyección todo había desaparecido. El 27 de septiembre no tenía rastros de su infección anterior.

Séptima observación.—A. C., uruguayo, soltero, 20 años. A los 13 años empezó a padecer la afección que hasta ahora lo aquejaba: un acné juvenil. Le comenzó por la cara, quedando localizada a esta región durante dos años, hasta que se le extendió al pecho y a la espalda. Lo digno de hacer notar en este acné, afección tan común en nuestro medio, era el tamaño de las pústulas, algunas de las cuales se asemejaban a pequeños forúnculos, que causaban muchas molestias al paciente. Hizo todos los tratamientos que se aconsejan en el acné, tanto por vía interna como externa, sin haber conseguido jamás franca mejoría.

En el mes de marzo vino a verme a la Clínica del Hospital Maciel, presentando un acné polimorfo de la cara, pecho y espalda, predominando las pústulas, que eran muy grandes y dolorosas.

Resolví hacerle el tratamiento del sulfato de cobre, más que nada como prueba, pues había usado el enfermo cuanto se aconseja en estos casos.

Desde las primeras inyecciones se pudo acusar mejoría, que fué aumentando paulatinamente. Las dí como a los anteriores casos, con un día de intervalo y a la misma dosis. Las pústulas se iban secan-

do, y cuando llegué a la 23 inyección, su cara había mejorado notablemente, conservando las cicatrices del acné.

¿Es un caso de curación? El hecho de haber desaparecido las pústulas no significa curación del acné, pero es mucho ya. Podría tratarse de un caso de remisión, en que la afección parece curada aún espontáneamente, para volver después. No se podría precisar, pero conviene tenerlo muy en cuenta como un resultado beneficioso obtenido con el tratamiento de que hablamos.

Octava observación. P. ..., 24 años, uruguayo, soltero, peón. El enfermo tiene una piel netamente seborreica, lo que explica la afección que vamos a tratar.

Hace cinco años le comenzó en la cara y en el cuello, sobre todo en la nuca, gran cantidad de pequeños puntos de acné. Hizo tratamiento local sin obtener mejoría, hasta que hace tres años empezó a notar, según dice el enfermo, que la piel de la nuca se iba levantando y endureciendo por islotes. Cuando vino a vernos a la Clínica del Hospital Maciel, hace un año y medio, tenía un amplio y gran queloide, abarcando en ancho casi todo el de la nuca y con unos 2 y 1|2 centímetros de alto. Tenía en el trayecto, pústulas típicas y los característicos pequeños pincelitos de pelos.

Al invadir para arriba la parte inferior del cuero cabelludo, iba englobando pequeños islotes de pelos.

Durante mucho tiempo se le hizo ignipuntura con el galvano, destruyendo los folículos y la parte queloidea. Daba buenos resultados para disminuir el queloide, que lo redujo mucho, pero la infección folicular continuaba siempre. Se le hizo tratamiento de pomada azufre al 10 o|o, calomel al 3 o|o, óxido amarillo de hidrargirio, turbith mineral, ácido salicílico, etc., sin mejorar. Vista esta rebeldía al tratamiento, resolvimos hacerle sulfato de cobre amoniacal, y desde entonces la infección desapareció casi por completo, quedando ahora sólo alguna que otra pústula que a veces aparece, tendiendo a la cura radical.

Es un caso digno de ser estudiado y apreciado en su valor. Es cierto que la ignipuntura dió resultado para destruir la parte fibrosa, queloidea, pero los folículos siempre volvían a infectarse y a dar pus, hasta que con el sulfato de cobre disminuyeron en tal cantidad, que ahora sólo muy de cuando en cuando aparece alguna pustulita. El tratamiento que en este caso se siguió fué el de las inyecciones de sulfato de cobre, dadas con intervalos de un día por medio, y con dosis de 0.08. Se le dieron hasta principios de octubre 38 inyecciones, obteniéndose el espléndido resultado que describimos.

Debemos, ahora, hacer las consideraciones generales, tomando como base los casos ya expuestos.

Lo hemos empleado en estreptococcias de la piel, en linfangitis, afección donde el estreptococo se asocia a menudo al estafilococo y a los bacilos comunes de la piel, en un acné pustuloso, en el acné queloideo y en la forunculosis. ¿En cuál

nos ha dado más resultado? ¿Podemos hacer consideraciones generales? Sí; porque hemos visto que en todas estas afecciones los resultados han sido altamente satisfactorios, sobre todo en las forunculosis y en la linfangitis, que parecen haber sido las más beneficiadas, siendo, por lo tanto, recomendable.

Debemos tener en cuenta, además, que se trata de un medicamento completamente inofensivo, a condición de que se llenen estrictamente todas las condiciones que hemos enunciado al empezar, sobre todo en la relativo a la buena técnica a seguir.

Debemos recordar, antes de pasar adelante, que su causticidad es grande y que sólo teniéndola en cuenta habremos obviado el único inconveniente.

CONCLUSIONES

1.° El sulfato de cobre amoniacal es un medicamento excelente en todas las dermatosis en que se observan el estafilococo y el estrptococo, como ser: la forunculosis, los acné, las linfangitis, las estreptococcias cutáneas y los acné queloideos.

2.° Es completamente inofensivo.

DISCUSION

Eduardo Jonquières (Buenos Aires).—Cree que el método tiene el pequeño inconveniente de obligar a la inyección intravenosa. Elogia el tratamiento por vacunas.

Joaquín Gonzálcz (México).—Felicita a los autores por su interesante comunicación, y dice que en México lo ha visto ensayar sólo en ántrax, sin resultados, y en fiebres puerperales con resultados dudosos.

Fernando Abente Haedo (Florida, Uruguay). — Felicita a los autores por la contribución que aportan en el tratamiento de estas clases de dermatosis.

Cree que, a pesar de todo, no se puede olvidar el tratamiento por la vacuna y autovacuna.

Su experiencia, sobre el sulfato de cobre amoniacal intravenoso, es solamente en el terreno de las estreptococcemias y especialmente en las infecciones puerperales. Y allí los resultados obtenidos han sido dudosos.

No entra a recordar los resultados que ha obtenido en otras enfermedades para no ponerse fuera de la cuestión.

No encuentra inconveniente en que las inyecciones sean intravenosas, porque no ha encontrado — sino excepcionalmente — dificultad para ello. Sólo es necesario tener un poco de cuidado y hacer

las inyecciones rigurosamente endovenosas. Así se evitarán los grandes esfacelos que estas inyecciones provocan cuando ellas se hacen en el tejido celular subcutáneo.

Entero-bacterioterapia

POR EL DR. ENRIQUE M. CLAVEAUX (Montevideo)

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Montevideo

Es un punto de vista corrientemente admitido por los médicos, el considerar la existencia de una relación entre el estado intestinal y ciertos estados generales, aparentemente independientes del estado intestinal por no coincidir siempre con alteraciones bien definidas, clínicamente, del intestino. Me refiero, por ejemplo, a estados de astenia general, neurastenia, cefaleas y en el terreno particular de las enfermedades cutáneas a la urticaria y al eczema.

El hecho frecuentemente observado de que un régimen alimenticio poco tóxico, combinado a los métodos de antisepsia intestinal habituales, mejoren o alivien parcial o totalmente aquellos estados, así como la frecuencia de las recaídas y empujes con motivo de "malas digestiones" o accesos de colitis, ha contribuído a fortificar en el criterio médico, la seguridad en la existencia de aquella relación, sin que de una manera definida el mecanismo elemental de esa relación fuera precisado. Pero, con todo, el médico práctico posee, desde hace tiempo, los dos extremos de una cadena de fenómenos que le permiten, en casos de esta índole, hacer una terapéutica racional, lo que, desgraciadamente, no quiere decir eficaz.

Admitida la existencia de alteraciones de orden general, con posibilidad de localizaciones diversas, bajo la influencia de los agentes etiológicos existentes en el intestino, tres cuestiones fundamentales plantea el examen del problema. En el intestino existen innumerables gérmenes que ejercen acciones fermentativas sobre las sustancias alimenticias más o menos modificadas por los jugos digestivos. Hay que pensar en acciones tóxicas, producidas por los productos de desdoblamiento derivados de esas acciones fermentativas, o en acción patógena directa de los agentes microbianos, capaces de atravesar la mucosa intestinal, ellos mismos o sus toxinas, con oportunidad de alteraciones transitorias o permanentes de di-

cha mucosa. ¿La simultaneidad o la alternatividad de estos agentes causales es también posible? He ahí la primera cuestión.

En cualquiera de los dos casos, ¿cuál es el mecanismo por el cual llega la causa a producir las alteraciones patológicas? ¿Por acción directa, tóxica o infecciosa, o por alteraciones primarias del equilibrio biológico de la sangre (acciones de inmunidad y anafilaxia) y repercusión secundaria sobre los tejidos? He ahí la segunda faz del problema.

La tercera faz, la terapéutica, nos invita a meditar el medio práctico de evitar aquellos trastornos, pero no sabría salvarse sin resolver, aunque parcialmente, las anteriores interrogaciones.

Al mostrar las proyecciones del tema, quiero simplemente recordar los aspectos distintos del problema, sin que ello signifique la intención de abordarlos totalmente en este estudio. Solamente me detendrá el análisis de la interpretación que ve en muchos de los trastornos de orden digestivo o intestinal, fenómenos de anafilaxia, y en la consecuencia terapéutica derivada de esa interpretación, es decir, la anti-anafilaxia.

Al pensar que un estado de sensibilidad anafiláctica puede estar en la base de trastornos diversos, vinculados al funcionamiento del tubo intestinal, hay que admitir que en circunstancias especiales, antígenos que residen habitual o accidentalmente en el intestino pueden atravesar la mucosa e ingresar al torrente circulatorio para producir en éste reacciones análogas a las que produciría ese mismo antígeno introducido en el organismo por vía paraenteral.

Hasta el momento actual se mantiene la noción de que el estado anafiláctico necesita para producirse la introducción en el organismo (medio interno), de una albúmina animal o vegetal, extraña al organismo en cuestión. Ateniéndonos a este concepto, y al hecho de que las albúminas se desvirtúan como antígenos a partir de la peptona, cuando pensemos en un antígeno intestinal eliminaremos los productos inferiores de desdoblamiento albuminoideo y evidentemente los alimentos de otra categoría y sus productos de transformación.

Nos quedan, sin embargo, las sustancias albuminoideas no transformadas, parcialmente modificadas (peptonas), los microorganismos y sus toxinas.

Para los albuminoideos de la alimentación, como para todos los albuminoideos, no existe discusión sobre la posibilidad de determinar con ellos fenómenos de sensibilidad anafiláctica cuando se les introduce por vía paraenteral.

En cuanto a que esa sensibilidad pueda también producirse por vía digestiva, si no se descarta la posibilidad se reconoce, sin embargo, la dificultad. Para Richet, (1) "la anafilaxia alimenticia experimental, en condiciones de integridad digestiva, es de difícil realización, trátese de toxalbúminas o albúminas nutritivas, sea porque los jugos digestivos intervienen activamente para transformar estas albúminas y hacerlas inofensivas, sea porque el individuo está inmunizado contra ellas, en todo caso porque pasa siempre una cantidad mínima de albúmina no transformada". Desde el punto de vista experimental, al lado de las experiencias positivas de Rosenan y Anderson, (2) que lograron la sensibilización del cobayo al suero de caballo por ingestión de carne o suero de caballo y de las experiencias de Makaroff, (3) que determina en jóvenes cerdos, por ingestión de leche de vaca, un estado de anafilaxia para ese antígeno, están las negativas de Besredka, (4) que no puede determinar la sensibilización del cobayo para la leche, por introducción bucal o rectal de este alimento.

Se han referido también a la anafilaxia los trastornos que producen en algunas personas la ingestión de determinados alimentos albuminoideos (huevos, leche), trastornos que, por sus síntomas (urticaria, vómitos, edemas, lipotimias, etc.), podrían caber en el cuadro del choque anafiláctico. Sin dejar de reconocer que esa interpretación puede ser exacta, cabe suponer, para explicar tales casos, la posibilidad de un mecanismo más simple, la acción tóxica directa, acción que se manifestaría excepcionalmente en ciertos sujetos, de la misma manera que se explican las reacciones violentas provocadas por medicamentos de composición química definida a dosis que, en la mayoría de los sujetos, son perfectamente inofensivas. Cabe, además, suponer la existencia de procesos digestivos pervertidos que lleven a productos de transformación particularmente tóxicos. En este punto de la anafilaxia alimenticia la experimentación no es concluyente, o, por lo menos, los resultados no son uniformes y la clínica plantea la cuestión sin resolverla.

La anafilaxia provocada por la inyección subcutánea o intravenosa de bacterias es un fenómeno conocido de larga data. Me refiero a los accidentes graves que sobrevienen en el curso de la inmunización con bacterias y a las experiencias dirigidas especialmente a la demostración de la anafilaxia bacteriana de Kraus y Doerr y Kraus y Amiradzibis (5), estas últimas concluyentes mismo en el sentido de la más es-

tricta especificidad. A pesar de estos hechos el problema no deja de tener puntos oscuros y sujetos a discusión; pero dando por segura la anafilaxia bacteriana provocada por inyecciones intravenosas y paraenterales en general, queda en pie, como cuestión nueva, la posibilidad de la anafilaxia bacteriana por vía digestiva. Y aquí cabe toda la discusión acerca de si las bacterias pueden o no atravesar la mucosa intestinal sana, más de una vez renovada a propósito de la tuberculosis. Pero evidentemente no hay razones que impidan admitir que ese pasaje puede realizarse a través de la mucosa enferma, con soluciones de continuidad o simplemente con vicios de funcionamiento parciales o totales.

Aproximadamente es éste el estado actual del problema en su faz patogénica. En resumen: el espíritu, en presencia de los datos conocidos, no puede cerrarse a la idea de que un estado de anafilaxia pueda ser determinado en casos particulares por antígenos procedentes del intestino. En todo caso, si los estados de anafilaxia son sensibles a una terapéutica, está justificado su empleo, y la terapéutica, si es específica, contraloreará la patogenia y contribuirá a aclarar el mecanismo de estos fenómenos.

Desanafilactizar un sujeto preparado con suero de caballo, sin producir el gran choque anafiláctico, es hasta cierto punto posible con ayuda del método de Besredka. (6) Antes de inyectar una dosis grande fatalmente "declanchante" se repite la inyección del antígeno en causa, a pequeñas dosis. La anafilaxia se agota por etapas y cada pequeño choque se pasa sin gruesos fenómenos clínicos. En las pruebas de inmunización con bacterias, es de elemental prudencia, cuando se ha llegado a dosis altas, hacer la inyección, por lo menos, en dos etapas: un décimo de la dosis total para comenzar; dos o tres horas después el resto. En la clínica, como en el laboratorio, el método ha hecho sus pruebas y si no es infalible es de evidente utilidad.

La idea de aplicar a los cuadros clínicos debidos a la sensibilización anafiláctica, un tratamiento desensibilizante, ha nacido, naturalmente, a raíz de los descubrimientos y comprobaciones mencionados. En Norte América, Walker, (7) a propósito del asma, ha mostrado que distintas albúminas vegetales y animales pueden haber sensibilizado a los asmáticos y ser el ataque de asma la fórmula clínica de reacción anafiláctica en esos casos. La determinación de la albúmina en juego parece posible por medio de la cuti-reacción. En todo caso, la desanafilactización, por inyecciones de antígeno a dosis

crecientes, ha dado en muchos de esos casos mejorías de duración variable.

La escuela de Widal, en Francia, se ha ocupado de la cuestión, a propósito del asma y de la urticaria. Datan de 1916 las observaciones de Pagniez y Pasteur Valery Radot, (8) los que usando la peptona a la dosis de 0.50 antes de la ingestión del alimento que determinaba la crisis de urticaria, han conseguido, en algunos casos, atenuarla o evitarla. Recientemente Joltrain (9) ha hecho conocer algunos resultados favorables a propósito de tres casos de urticaria, tratados por el mismo método. El profesor Weil, de Lyon, ha preconizado, por su parte, las inyecciones de leche en los casos de sensibilización para este alimento, cosa que en los niños se ve algunas veces. Pero son, sobre todo, los trabajos de Danysz, (10) hechos conocer en diversas publicaciones, y, recientemente, en la tesis de A. Richard, (11) los que han planteado la cuestión en un terreno particularmente interesante.

En la concepción de Danysz hay dos nociones principales. Una es el rol preponderante de la flora intestinal en las afecciones crónicas, y la otra es la interpretación, por la anafilaxia crónica, de la patogenia de esos trastornos.

Entre las afecciones de orden crónico que han parecido a Danysz susceptibles de tal origen, están, en primer término, las afecciones del intestino: enteritis, colitis, algunas enfermedades crónicas de la piel, particularmente la psoriasis y eczema; el asma y la epilepsia.

La noción de anafilaxia crónica, sin ser nueva en la expresión (se ha hablado de anafilaxia crónica a propósito de los trastornos y alteraciones que sufren los animales que han sobrevivido a un choque anafiláctico), lo es por el sentido y la extensión en que lo aplica Danysz. Para este autor, la anafilaxia, desarrollándose paralelamente a la inmunidad, sería un fenómeno constante en la evolución de las enfermedades infecciosas. El choque anafiláctico sería simplemente "una intervención brutal en un organismo inmunizado" por dosis elevadas del antígeno en causa.

La cronicidad sería un fenómeno debido al *surmenage* celular, producido por el exceso de formación de anticuerpos y fenómenos secundarios de edema e inflamación crónica provocados por esa misma hiperactividad funcional.

Las bacterias intestinales actuarían, después de atravesar la mucosa, preparando simultáneamente la inmunidad y la anafilaxia latente. Cuando nuevas dosis ingresan al torrente

circulatorio, se producen choques anafilácticos de intensidad y sintomatología variables.

Si nada se opone a que los fenómenos mencionados se repitan, tendremos, finalmente, un organismo viciado por agotamiento, debido a la hiperproducción de anticuerpos y la inminencia del choque anafiláctico de intensidad variable, elementos ambos que por su persistencia y repetición conducen a la cronicidad.

Es claro que toda terapéutica que corrija el mal funcionamiento del intestino será, en el fondo, benéfica, pues disminuirá las probabilidades de que nuevas dosis de antígenos bacterias o albúminas no digeridas ingresen al medio interno. Pero la terapéutica que parece imponerse de una manera lógica, si la hay, es la neutralización del exceso de anticuerpos, o impedir que una vez neutralizado se reforme indefinidamente.

En apoyo de su manera de ver, Danysz cita los resultados experimentales observados en el cobayo por la repetición de pequeños choques anafilácticos (inyección diaria de 10 cc. de suero de caballo), que conducen a trastornos generales nerviosos y cutáneos, y, finalmente, a la muerte (antes del año), y los resultados clínicos de la terapéutica antianafiláctica, hecha a base de ingestión o inyecciones hipodérmicas de pequeñas dosis de las bacterias aisladas de la flora intestinal de los enfermos.

Es evidente, admitiendo que esta terapéutica obre por antianafilaxia, que los resultados obtenidos deberán ser transitorios. Si el surtidor de antígenos permanece inagotable, es evidente que el equilibrio establecido por la neutralización, pronto desaparecerá. La reabsorción de microbios seguirá dando lugar a la producción de anticuerpos, al trabajo excesivo de los órganos de defensa, etc., y, en consecuencia, se reeditarán los fenómenos patológicos y clínicos derivados

Es la recidiva. De acuerdo con la patogenia admitida por Danysz, no habría, para evitarla, más que un mecanismo terapéutico; la impermeabilización de la mucosa intestinal a las bacterias.

El problema, así planteado, no es inabordable. Parece, en efecto, según lo han mostrado recientes experiencias de Besredka, (12) sobre inmunización del conejo por vía bucal contra la tifoidea y las paratifoideas, que, efectivamente, puede obtenerse una inmunidad por esa vía, inmunidad de esencia local, intestinal, y que, en definitiva, se traduce por una impermeabilidad más o menos grande, para los virus tífico y

paratífico. No es, pues, aventurado esperar que por el mismo mecanismo pueda establecerse en el hombre una impermeabilidad relativa, fruto de una inmunidad local, que defienda definitivamente al organismo contra la invasión de antígenos microbianos. Está, pues, bien justificada y explicada la utilidad de combinar, para el tratamiento, la vía subcutánea y la vía bucal. Buscamos la desanafilactización por la primera, y la inmunidad local por la segunda.

Es cuestión de dosis, de oportunidad, de técnica, en una palabra. Pero puede trabajarse con confianza; hay hechos ya indiscutibles, que sostendrán el método, aún cuando se modifiquen las ideas que lo inspiran.

Salvo algunas diferencias en la técnica de preparación del antígeno y en la técnica de su aplicación, he empleado el método según lo ha hecho conocer Danysz, empleando auto y heterovacunas. No es mi impresión que las autovacunas sean imprescindibles para obtener del método lo que es capaz de dar. Algunas veces hemos obtenido de una heterovacuna resultados buenos, donde había fracasado una autovacuna; a veces nos ha pasado lo contrario. Creemos, en consecuencia, que, si una preparación falla, debe ensayarse otra, antes de dejar el método. Como todo método nuevo tiene caprichos que hay que conocer antes de poderlos dominar.

He tratado enfermos de la piel, eczemas, psoriasis, dermatitis diversas, prurigos, etc., y, además, he tratado algunos asmáticos, enfermos mentales, constipados, colitis, etc.

Mis resultados son interesantes. He tratado quince psoriásicos. Confieso que los resultados obtenidos en esta enfermedad no han sido brillantes. La modificación de las lesiones cutáneas ha sido muy limitada, cuando ha habido alguna. No he obtenido más que en un caso la desaparición temporal de las placas. Es curioso que en este punto mi experiencia esté tan en desacuerdo con la de Danysz, que parece justamente haber obtenido en las psoriasis sus mejores resultados.

En los eczemas y en el prurigo de Hebra, los resultados han sido muy buenos. He obtenido algunas curaciones que parecen definitivas en sujetos cuya enfermedad databa de varios años. En otros casos, he visto desaparecer lesiones extendidas a todo el cuerpo, supurantes, pruriginosas y rebeldes a toda terapéutica, desde los ungüentos al radium, en el plazo de 20 a 30 días.

Es también cierto que muchos de estos casos recidivan;

los dos brillantes resultados de las fotografías adjuntas han debido ser tratados por recidivas, menos pujantes y menos extendidas que las lesiones iniciales, pero recidivas al fin.

Hay síntomas que se muestran especialmente sensibles al tratamiento. El prurito, cuando acompaña a lesiones cutáneas, es casi siempre modificado. La exudación de tipo seroso desaparece también habitualmente. El edema duro, la infiltración dérmica como lesión pura o integrando el cuadro de un eczema o de una neuro-dermitis, regresa también de modo muy sensible.

Otro hecho interesante es la regularización del funcionamiento intestinal. Es un hecho acusado por la mayoría de los enfermos. Sujetos constipados, que necesitan el uso cuotidiano del laxante, ven regularizar el funcionamiento de su intestino de una manera notable. En el tratamiento por vía hipodérmica este hecho tiene relieve secundario, pero es, en general, el fenómeno de primer plano en el tratamiento *per os*. Por eso considero que esta última es la vía de elección para el tratamiento de la constipación pura.

No es raro observar mejorías del estado general, aumento de peso, modificación del carácter, en los niños especialmente. Tengo dos observaciones en que en el curso del tratamiento, que ha durado dos meses, los enfermos han aumentado de 8 a 10 kilogramos.

Dos veces he observado que, al iniciarse el tratamiento, se produce una agravación de los síntomas. Se trata de dos sujetos con eczemas generalizadas que han visto congestionarse sus lesiones, ponerse tumefactas y dolorosas, haciendo simultáneamente un poco de temperatura. A pesar de estos síntomas el tratamiento fué continuado en ambos casos, con resultado bastante bueno.

Es difícil atribuir al tratamiento la exacerbación observada, desde que la continuación de aquel ha sido, finalmente, acompañada de una gran mejoría. O en todo caso, y esto me parece más exacto, una intensificación del cuadro clínico al comienzo del tratamiento no es de mal augurio, desde que esto es generalmente seguido de una regresión total o parcial.

Las observaciones siguientes son algunas elegidas como tipos de los casos clínicos que hemos tratado. Pecaríamos por exceso de prolijidad exponiendo todos los casos tratados, cuyo número asciende a ochenta.

Por otra parte, si en las historias que siguen pueden notarse falta de datos en lo que se refiere a la exploración metódica de los órganos, es porque hemos evitado, para ser breves, citar los hechos negativos e inútiles para la mejor apreciación del caso.

OBSERVACIONES. (Véanse las fotografías)

Observación núm. 1.—Constancia M., 23 años de edad. Enferma desde hace dos años. Lesiones del cuello y de la cara. Diagnóstico: **Lupus** de la cara.

Fuera de la enfermedad cutánea, buen estado general. Todos los tratamientos internos y externos aconsejados para la afección, han sido ensayados, sin éxito, en el tratamiento de esta enferma. Sin mucha esperanza abordamos el tratamiento bacterioterápico. Se empleó una hétero-vacuna. Comenzamos por vía subcutánea, el 11 de octubre de 1919. Tres series consecutivas de 8 inyecciones cada una. Luego, un reposo de 30 días. Durante el tratamiento y en el período del reposo subsiguiente, no me pareció comprobar ninguna modificación. La enferma insiste, sin embargo, en que la tirantez de la piel ha desaparecido casi por completo.

Estimulado por este primer resultado, más bien subjetivo que objetivo, completamos el tratamiento con una serie por vía bucal, serie de 10 días, repetidas tres veces.

No hubo nunca fenómenos de intolerancia. Poco a poco la mejoría, que sólo apreciaba la enferma, se hizo visible para nosotros.

Las lesiones han perdido casi todo el relieve, aplanándose, y perdiendo por partes el color intensamente rojo del principio. Algunos islotes de piel sana aparecen en medio de las lesiones. La enferma declara no haberse encontrado nunca mejor. De la comparación de las fotografías (que sólo ilustran sobre el relieve y la extensión de las lesiones), puede deducirse que la curación está aún lejos; pero dada la marcha lenta, pero sin remisiones, de la mejoría observada, puede esperarse todavía mucho.

Obs. núm. 2.—María M., 24 y 1|2 años de edad. Enferma desde los primeros meses, lo que quiere decir que la enfermedad tiene próximamente 24 años de evolución. Diagnóstico: **Dermatitis exfoliatriz.** El aspecto de la enferma al comenzar el tratamiento, lo muestra la fotografía.

El cuerpo de la enferma está totalmente cubierto de grandes escamas, gruesas, duras, que caen difícilmente. Las conjuntivas congestionadas exudan una serosidad turbia y abundante. Párpados edematosos y dolorosos. Falta cabello en una gran parte del cuero cabelludo. Cefaleas frecuentes. Dolores lumbares. No hay albúmina en la orina. Wassermann negativo en el suero sanguíneo. El estado general es deplorable y el aspecto de la enferma repulsivo. No habla

con nadie y pasa su vida en los rincones, lejos de las otras enfermas, con la cabeza y la cara cubiertas por un enorme pañuelo.

Sólo con un desmedido entusiasmo podia ponerse alguna esperanza en el tratamiento de esta enferma, y nuestro escepticismo era totalmente compartido por ella. Comenzamos el tratamiento el día 11 de octubre de 1919.

Autovacuna. 20 días de reposo. Los resultados obtenidos fueron los siguientes. Mejoría del carácter y del estado general. La enferma se hace activa, trabaja algo, conversa, está alegre. Aumentó de peso 5 o 6 kilos. La afección ocular desaparece, la conjuntiva se aclara, los párpados se desinflaman. En los brazos y en la cara la piel se ha normalizado bastante.

A principios de diciembre se reinicia el tratamiento por vía bucal, durante 30 das. Actuíalmente (abril 15), los resultados totales son los siguientes: Persistencia de la mejoría señalada anteriormente. Descamación fácil de todo el cuerpo. Las nuevas escamas son más pequeñas y menos duras y, hecho particular, su cabeza se ha poblado de cabello en casi toda la extensión anteriormente desprovista. Como muestra la figura, la mejoría es marcada, aunque la curación esté lejos.

Si se piensa en que la enfermedad data casi desde el nacimiento y que jamás la enferma se ha encontrado como ahora, según ella afirma, deben estimarse como excelentes los resultados obtenidos.

Obs. núm. 3.—María A. B. **Neurodermitis y eczema.** La enfermedad tiene actualmente tres años de evolución, habiendo reemplazado a una bronquitis de tipo asmático, que desapareció cuando se hicieron notar las manifestaciones cutáneas.

Como síntomas, dominan la exudación y el prurito. La exudación la constituye un líquido seroso, más bien límpido que turbio, pero muy abundante. El prurito es intenso y continuo e impide a menudo el sueño.

Las lesiones toman la cara, el cuello, brazos, piernas; en resumen, casi todo el cuerpo. Ha sido tratada desde hace tres años, por todos los procedimientos habituales; en el momento en que comenzamos nuestro tratamiento la enferma recibía inyecciones de agua de mar, que no se mostraron más eficaces que los otros tratamientos.

El día 20 de octubre se inicia el tratamiento con inyecciones diarias de hétero-vacuna.

A la 10.ª inyección se hace un reposo de diez días. Ha desaparecido la exudación y disminuído considerablemente el prurito. Se recomienda un purgante y tres días a leche, hasta comenzar la nueva serie.

En noviembre 10, se comienza nueva serie de inyecciones con reposo de diez días. La mejoría se acentúa. Las lesiones en actividad desaparecieron completamente. El prurito ya no molesta. La enferma duerme bien.

Finalmente con objeto de mantener los resultados se aconseja de tiempo en tiempo, una corta serie de inyecciones.



Fig. I.—(Obs. N.° 1). *Lupus de a cara*. Obsérvese el relieve de las lesiones.



Fig. II.—Misma enferma que la fig. I. Se puede observar que las lesiones se han aplanado. Ha habido disminución de la congestión cutánea y de la sensación de tirantez de la piel. El interés de estos resultados está en que en este caso no puede hablarse de terapéutica específica.

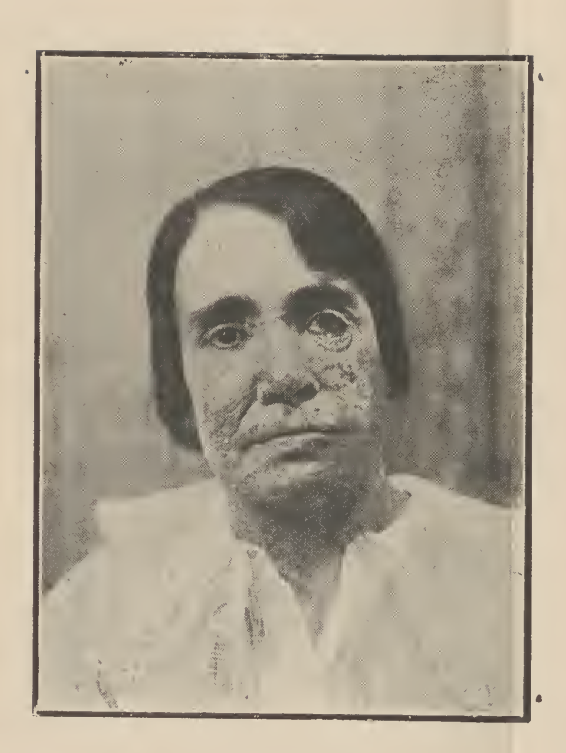


Fig. III.—(Obs. N.° 2). Dermatitis exfoliatriz.



Fig. IV.—Misma enferma de la fig. III, a los dos meses de tratamiento. Aumento de peso; mejoría de la afección cutánea en los brazos, cara y cuello. El cabello ha crecido bastante. Estos resultados son dignos de tenerse en cuenta, tratándose de una enfermedad que acompaña a la enferma desde los primeros meses de la vida.



Fig. V.—(Obs. N.º 7). *Eczema generalizado.* Nueve años de evolución.



Fig. VI.—Misma enferma de la fig. V. Resultados al mes y medio de tratamiento. Actualmente ha hecho una recidiva limitada al cuero cabelludo y frente.



Fig. VII.—(Obs. N.º 12). *Eczema generalizado.*



Fig. VIII.—Misma enferma de la fig. VII, al mes de tratamiento. Desaparición total de las lesiones, pero de muy limitada duración. En efecto: ahora es tratada por una recidiva total.

Actualmente y desde hace casi cinco meses la enferma se considera curada, tal es la perfección de la mejoría obtenida. Sólo queda como residuo, que poco a poco también se atenúa, la infiltración intersticial del dermis y el empastamiento duro de la piel en los antebrazos principalmente y en los lugares donde las lesiones han persistido más tiempo. Fuera de esto, que no molesta para nada a la enferma, la mejoría es completa.

Obs. núm. 4.—Honoria S. P., 19 años de edad. **Psoriasis.** Antecedentes patológicos nulos. La enfermedad de la piel tiene un año de evolución. Placas circulares en los brazos y músculos. Se comienza el tratamiento el 16 de octubre. Hétero-vacuna. 10 inyecciones hipodérmicas consecutivas, una por día durante diez días. Diez días de reposo. Las placas psoriásicas que parecían regresar, aumentaron durante el período de reposo. No notando, pues, mejoría, no se continuó el tratamiento.

Obs. núm. 5.—Margarita M., edad 16 años. **Pénfigo de Brocq.** Enferma desde la edad de tres meses. Lesiones generalizadas predominando en el dorso de la mano, puño y antebrazo. Estado general bueno. No hay otros antecedentes patológicos. Veinte inyecciones en dos series de 10, con 1 mes de intervalo entre ambas series. No se observó ni mejoría ni empeoramiento. El tratamiento no fué continuado.

Obs. núm. 6.—Sirio O. C., edad 5 años. Enfermo desde los ocho meses de un **eczema**, rebelde a todo tratamiento.

Exudación abundante de líquido sero-sanguinolento, que obliga a cambiar la ropa interior muy frecuentemente. Prurito intenso que provoca insomnio, y obligando al niño a rascarse, complícanse las lesiones con infecciones secundarias. Mal estado general. Desarrollo precario. Las lesiones toman la cara, brazos, piernas y tronco. Aunque ha tenido períodos de mejorías, éstas sólo han sido parciales. La piel se ha paquidermizado, en las rodillas; esta causa produce una inmovilidad relativa que dificulta la marcha. Autovacuna. Diez inyecciones. Desaparece el prurito y las lesiones se secan. Reposo de 10 días. Diez nuevas inyecciones seguidas de otros 10 días de reposo. Los resultados adquiridos se mantienen y se completan. El estado general mejora, la paquidermización cede, el niño se mueve con facilidad, cosa que asombra a la madre del enfermito, pues su niño, que caminaba mal, no corría nunca.

A tres días de intervalo se completa el tratamiento con **ingestión** en dosis fraccionadas de la misma vacuna.

En resumen: el tratamiento, que comenzó en diciembre 15, ha durado dos meses. Actualmente, abril, el niño parece completamente curado.

Obs. núm. 7. — Rosa M., 10 años de edad. La enfermedad data desde los nueve meses. Se trata de un **eczema generalizado**, con gran exudación serosanguinolenta, de feísimo aspecto, fétida, muy abun-

dante. La cantidad y la fetidez de ésta serosidad obliga el continuo cambio de ropas. Por períodos se ve obligada a guardar cama hasta varios meses seguidos. No falta, como es natural, el prurito.

Autovacuna. Diez inyecciones y 10 días de reposo. Desde las primeras inyecciones mejoran los síntomas subjetivos, prurito y tirantez de la piel. Objetivamente se nota una franca tendencia a la desaparición de exudado. Las lesiones se secan.

Diez nuevas inyecciones. Las lesiones desaparecen sin dejar huellas en las extremidades y tronco. En la cara y cuero cabelludo quedan aún lesiones en actividad.

Finalmente se consigue llegar al estado que muestra la fotografía. Quedan muy pocas huellas de la enfermedad que desfiguraba tan completamente à la enferma.

Abandonada a sí misma, sin régimen alimenticio especial, la enferma hace nuevos empujes, que son instantáneamente yugulados por dos o tres inyecciones de autovacuna. Jamás he tenido la sensación de una obediencia tan regular, aunque no definitiva, al tratamiento como en esta enferma. La aparición de algunos puntos que anuncian la erupción, obliga a la madre a correr con la niña al hospital. Algunas inyecciones bastan para impedir la producción del incendio inminente. Y así veremos hasta cuándo. La mejoría casi total de la fotografía, duró dos meses sin tratamiento. Luego hizo un nuevo empuje que prometía extenderse a todo el cuerpo, pero fué detenido por algunas inyecciones. El estado general de la niña es bueno y tolera el tratamiento admirablemente.

Obs. núm. 8.—María D. C., edad 11 y 1|2 años. Hace 11 años que está enferma. Se trata de un **eczema** generalizado, rebelde a todo tratamiento. Es decir, a todo no. Los rayos X consiguieron curarla en el cuello, región donde fueron aplicados, pero sólo después de muchas aplicaciones y, lo que es peor, con detrimento del estado general. Actualmente las lesiones están localizadas en las piernas y muslos y en los antebrazos. Algo también en el tórax, región preesternal. Es un eczema seco, costroso, duro, inmóvil. Prurito bastante intenso. Sangra porque la enferma lo rasca. La enferma es, además, asmática, paralelismo que hemos observado varias veces.

Autovacuna. Diez inyecciones; progreso apreciable, pero lento. Reposo y reblandecimiento de las lesiones con aplicaciones locales de ambrina.

Diez nuevas inyecciones. Tolerancia perfecta del medicamento. La enferma duerme bien, pues el prurito casi ha desaparecido. Reposo 10 días.

Este tratamiento ha sido completado por una cura **per os** del mismo antígeno más concentrado, durante tres meses, los diez primeros días de cada mes.

Los resultados actuales son los siguientes:

El eczema ha desaparecido casi completamente. Sólo quedan placas pequeñas y aisladas en algunos puntos. El asma no se ha modificado sensiblemente.

Si se piensa en la larga evolución de este caso (11 años); en la rebeldía a todo tratamiento, se apreciarán en su verdadero valor los resultados obtenidos.

Obs. núm. 9.—Cándido D., 23 años. **Eczema** de 7 años de evolución. El enfermo, que lo es desde los 15 años, ha sido tratado por todos los procedimientos habituales, obteniendo en algunos casos beneficios, en otros perjuicios, del tratamiento. Se trata de lesiones exudativas y pruriginosas, con apergaminamiento de la piel, debido a la larga evolución.

El enfermo debe cambiar diariamente su ropa interior, por la gran abundancia de serosidad. En algunos momentos es extraordinariamente intensa.

Autovacuna. Ha sido necesario llegar a treinta inyecciones para obtener una mejoría completa. En el curso del tratamiento ha habido mejorías y remisiones. El prurito se modificó en seguida, lo mismo que el exudado, ambos desaparecieron casi completamente desde el principio, y aunque hubo momentos de exacerbación, nunca llegó a igualar el punto de partida. Actualmente (abril 23), el enfermo se halla muy bien. La desaparición de las lesiones y, en consecuencia, del prurito y exudado, es casi completa, haciendo ya dos meses que ha dejado de tratarse. Sólo quedan en los tobillos algunas costras difíciles de movilizar.

Obs. núm. 10.—Dotta P., Ramos P., Villaverde P. Se trata de tres enfermos con **psoriasis** de larga evolución, uno de ellos con complicaciones artropáticas. Salvo modificaciones parciales y transitorias, ninguna otra observación digna de mencionarse ha resultado del tratamiento de estos enfermos.

Obs. núm. 11. — N. N. Enfermito enviado del Hospital Pereira-Rossell. Se trata de un **eczema generalizado** en un niño de 9 años, no pudiendo precisar con exactitud cuándo se inició la enfermedad. Yo vi solamente una vez a este enfermo, pues le entregué la vacuna para que fuese tratado en el Hospital de Niños. Las lesiones predominaban en los brazos y en las piernas, exudativas y pruriginosas.

Hétero-vacuna. Veinte inyecciones. Un mes después de iniciado el tratamiento, pasé por el Hospital a visitar al enfermo. La doctora Armand Ugón me comunicó que se había aplicado el tratamiento según las indicaciones, y que el niño, completamente curado, había sido dado de alta recientemente.

Obs. núm. 12.—C. D., 13 años de edad. Cinco años de enfermedad. Se trata de un **eczema generalizado,** como informa la fotografía. Son lesiones que exudan un líquido purulento muy abundante. Como es natural, no falta el prurito.

Las zonas eczematosas toman a veces carácter erisipelatoso. Entonces se ponen duras, muy rojas y dolorosas. El cuello se inmoviliza como si estuviera fijo por un corsé de yeso. La temperatura se eleva y todos los signos de actualidad de las lesiones se intensifican. Es en uno de estos momentos que tomamos a nuestro cargo la

enferma. Hicimos 10 inyeccione de autovacuna, y como nos pareciera que no eran eficaces, hicimos en seguida 10 de étero-vacuna, que en casos análogos se había mostrado eficaz. Unimos al tratamiento, un régimen alimenticio especial a base de yoghurt y frutas. Los resultados, descartando una transitoria exacerbación de los síntomas, fueron los que muestra la fotografía, es decir, una regresión total de las lesiones de la cara, cuello, tronco y brazos. Sólo en la pierna derecha se han mantenido los síntomas, y ha habido que acudir a tratamientos locales. El resultado es, pues, brillante, al menos en apariencia. Temo, sin embargo, que no sea definitivo. La enferma de la observación número 7, muy semejante a la que motiva esta historia, hizo también una regresión total, brillantísima; pero dos meses después, hizo un nuevo empuje que, aunque de poco vuelo, bastó para mostrarnos que no se trataba, en el caso y hasta el momento, de una curación sino de una mejoría.

Obs. núm. 13.—M. G., 32 años. Un año de enfermedad. **Eczema** seco, limitado a la frente y parte anterior del tórax. Prurito. Descamación fácil. Estado general bueno. No hay antecedentes patológicos de importancia. El enfermo es un constipado habitual, y según sus referencias, la enfermedad sigue las alternativas de su estado intestinal.

Autovacuna. Vía hipodérmica. Diez inyecciones consecutivas de 1 cc. Desaparición del eczema y mejoría notable del estado intestinal.

El enfermo continúa su tratamiento a razón de dos inyecciones por semana hasta llegar a las 25 inyecciones. Estas son perfectamente toleradas.

Su curación persiste actualmente, después de dos meses de haber abandonado todo tratamiento.

Obs. núm. 14.—N. S., 33 años. **Eczema** de las alas de la nariz, frente, cuero cabelludo, y parte anterior del tórax. Prurito y tirantez en las regiones enfermas.

No hay antecedentes patológicos. El enfermo es un gran constipado, viéndose obligado a recurrir continuamente a laxantes y a seguir un régimen alimenticio severo.

Autovacuna. Diez inyecciones hipdérmicas, de 1 cc. Mejoría marcada de las lesiones cutáneas y regularización completa del estado intestinal. Después he dejado de ver al enfermo, pero he podido averiguar que su estado actual es excelente, y que a raíz del tratamiento ha aumentado mucho de peso.

Obs. núm. 15.—Rafael S., 64 años. **Paquidermia**, 5 años de enfermedad. La piel dura, de consistencia de madera, forma una verdadera coraza que toma todo el cuerpo, dificultando la marcha y los movimientos regulares de los brazos. Fuera de eso, se trata de un sujeto de condiciones de salud bastante buenas, sin taras grandes, atribuibles a la edad ni a otra causa. Solamente, es un gran constipado. Es frecuente que pase dos, tres o más días sin ir de vientre.

Es la enfermedad de la piel la que lo trae al Hospital. Es un su-

jeto de campaña que se ha hospitalizado por su enfermedad cutánea, lo que da una medida de las molestias que le produce. Los tres primeros años de su enfermedad, tuvo períodos de remisión; pero en los dos últimos no ha hecho sino agravarse. Actualmente su piel es tan dura que no se deja pellizcar ni pinchar casi.

Autovacuna. Veinte inyecciones subcutáneas de 1 cc., una por día, durante 20 días consecutivos.

La mejoría que ha experimentado el estado de la piel es muy marcada, habiendo desaparecido casi completamente la infiltración que producía el endurecimiento patológico. El enfermo declara que ni aún en el primer período de su enfermedad, durante las remisiones, se ha encontrado mejor que actualmente.

Al lado de estas observaciones podría citar otras, sobre resultados obtenidos en el tratamiento del asma, colitis, constipación crónica, etc. De cinco casos de asma tratados, en tres he obtenido resultados inmediatos muy buenos, que persisten actualmente. La evolución futura de estos casos me permitirá formar un criterio sobre la duración de la mejoría en el asma.

Es natural que si en los enfermos de la piel, simultáneamente constipados, hemos observado mejoría en el estado intestinal, esta mejoría se produzca en los constipados simples.

Efectivamente: la acción sobre las alteraciones funcionales del intestino nos parece uno de los resultados más constantes del tratamiento.

Si de acuerdo con los resultados obtenidos en el tratamiento queremos hacernos una idea del mecanismo de la acción curativa, nos encontramos con los siguientes elementos de juicio:

1.° Es frecuente obtener una mejoría evidente desde las primeras (4.ª y 5.ª) inyecciones, especialmente en los síntomas que he señalado, como particularmente sensibles al tratamiento.

2.° No es raro, tampoco, que este efecto curativo, nulo al principio, se haga recién evidente después de 20 o 30 inyecciones.

Puede, finalmente, observarse mejorías después de abandonar el tratamiento por creerlo inútil. Es una acción a distancia, si se puede llamar así, y que atribuyo al tratamiento, porque la he observado en enfermos cuya enfermedad estaba inmovilizada desde hacía años.

3.° Es excepcional observar intensificación de los síntomas en el curso del tratamiento.

4.° Es frecuente observar recidivas, aunque de intensidad y extensión menores que la enfermedad primitiva. Lo que es

interesante, y esto lo he observado particularmente bien en un caso, es la acción evidentemente preventiva del tratamiento. Un eczema generalizado que, mientras el tratamiento estaba en vigencia, se mantenía discreto y en apariencia curado, al cesar las inyecciones comenzaba a brotar. Se reinician éstas; nueva mejoría. Y así repetidas veces. Jamás he observado un paralelismo tan riguroso entre el tratamiento y la marcha de la enfermedad. Las cosas pasan como si se tratara de una acción neutralizante sobre sustancias nocivas que se producen continuamente y que continuamente necesitan ser neutralizadas. Si no lo son, el eczema aparece.

5.° El funcionamiento del intestino mejora en casi todos los casos. Hay sujetos constipados habituales de meses y años atrás, que han visto regularizar sus evacuaciones, al parecer definitivamente. Hay casos menos felices, en que ha sido necesario repetir el tratamiento para obtener resultados satisfactorios. Entre los enfermos que he tratado hay, finalmente, un caso en que dos series de diez inyecciones cada una han sido totalmente ineficaces para modificar una constipación crónica.

¿Permiten estas conclusiones aclarar el mecanismo por el cual actua el tratamiento?

En algunos casos la interpretación por antianafilaxia puede aceptarse (mejorías rápidas y observaciones en que sólo se impide la reaparición de los síntomas por persistencia en el tratamiento). En otros, parece más lógica la explicación por la inmunidad (casos de mejorías lentas o tardías). Es claro que la palabra inmunidad debe ser entendida, en este caso, en un sentido amplio; no se trataría de una inmunidad específica, sino de un estímulo universal de los métodos generales de defensa del organismo.

No quiero cerrar este artículo sin agradecer y expresar mi reconocimiento a los doctores Brito Foresti (J.), May (J.) y Vignale (B.), que en todo momento me han prestado el apoyo de su experiencia en dermatología, y que han estado siempre dispuestos a contralorear los resultados, favorables o no, que se consignan en este trabajo.

(1) **Richet.**—"L'anaphylaxie alimentaire". — International Congress of Medicine, London, 1913, T. XVII.

(2) **Rosenau y Anderson.**—"A Study of the cause of sudden death following the injection of horse serum".—Hig. Laboratory. Washington, núm. 29, 1906.

(3) **Makaroff.**—"Sur l'anaphylaxie alimentaire". — Journal de Médicine et patologie générale, 1915.

(4) **Besredka.** — "De l'anaphylaxie lactique". — Annales de l'Institut Pasteur, 1909.

(5) **Kraus y Amiradzibi.**—"Ueber Bakterienanafilaxie".—Zeitsch. fur Immunitatst. T. IV, Pág. 607.

(6) **Besredka.** — "Anaphylaxie". — International Congress of Medicine. London, 1913, T. XVII.

(7) **Walker.**—"The treatment of patients with bronquial asthma with subcutaneous injections of the proteins to which they are sensitive".—The Journal of Med. Research. XXXVI. Núm. 3, julio 1917.

(8) **Pagniez y Pasteur Valery Radot.**—"Etude physiopatologique et thérapeutique d'un cas d'urticaire géante". — Anaphylaxie et antianaphylaxie. Press. Méd. 23 Nbre. 1916.

(9) **Joltrain.**—"Quelques cas d'urticaire traités par l'antianaphylaxie".—Soc. Méd. des Hôpitaux, 6 julio, 1919.

(10) **Danysz.**—"Traitement anaphylactique de l'asthme, de certaines dermatoses et des troubles gastro-intestinaux". Presse Méd. 18 julio 1918, núm. 40.

(11) **Richard.**—"Du traitement de certaines affections chroniques par la bactériothérapie". Thèse. París, 1919.

(12) **Besredka.**—"De la vaccination contre les etats typhoïdes par la voie buccale". Annales de l'Inst. Pasteur, 1919, núm. 12.

DISCUSION

Neocle Ragusin (Buenos Aires).—Manifiesta que cree en el porvenir del método y dice que en Buenos Aires ha sido usado con éxito.

Fernando Abente Haedo (Florida, Uruguay). — Felicita vivamente al doctor Claveaux por su interesante trabajo. Cree que se trata de un tratamiento al que hay que reconocerle grandes bondades. Es necesario saber no desalentarse por los fracasos que con él se puedan obtener.

Por su parte,—su experiencia al respecto es corta,—sólo cuenta con dos observaciones, pero han sido parejamente brillantes.

En un caso se trataba de un eczema—secundariamente infectado—del cuero cabelludo. En el otro se trataba de un lupus de la nariz. Los dos han curado después de usar (por vía bucal), 24 ampollas en cada caso, y los resultados han sido igualmente sorprendentes.

Etiología, formas clínicas y tratamiento de las tuberculosis cutáneas en el Uruguay

POR EL DOCTOR JOSÉ BRITO FORESTI
Profesor de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina de Montevideo

Nos proponemos en este trabajo, al que deseamos conservar un carácter puramente clínico, hacer un estudio resumido de la frecuencia y de las diversas formas que la tuberculosis cutánea presenta en el Uruguay. Habíamos abordado ya este tema anteriormente (1) y hoy podemos añadir a los datos que recogimos entonces, las observaciones de doce años más. Dividiremos, pues, este trabajo en tres partes: la primera, relativa a la frecuencia; la segunda, a las formas clínicas y tratamiento, y la tercera, a algunas consideraciones generales.

I. Frecuencia

Para el que haya frecuentado las clínicas de piel europeas y, en particular, las clínicas del Hospital San Luis, de París, un hecho salta a la vista, y es que las tuberculosis cutáneas, tomadas en globo, son infinitamente más raras en el Uruguay que en los centros europeos. Este hecho, que nos sorprendió al principio de nuestro ejercicio profesional, ha ido confirmándose después y, como se puede ver por el cuadro adjunto, que abarca unos 25 años de observación y alrededor de 20,000 enfermos de afecciones cutáneas de toda categoría, el bacilo de Koch y sus toxinas son responsables, por una parte muy débil en los cuadros de morbosidad general de la piel. Conformándonos con la clasificación de la escuela francesa y haciendo entrar, por consiguiente, entre las tuberculosis cutáneas a las toxituberculides, en particular al lupus eritematoso, hemos podido llegar a las cifras siguientes:

---

(1) Frecuencia, formas clínicas y tratamiento de las tuberculosis cutáneas en el Uruguay. "Revista Médica del Uruguay", número 10, 1909.

Tuberculosis cutáneas sobre un total de 20,000 afecciones cutáneas

Tuberculosis bacilares:

	Hombres	Mujeres	Total
Lupus vulgar y sus variedades . . .	11	22	33
Tuberculosis verrucosa de Riehl y Paltauf y tubérculo anatómico . . .	12	7	19
Ulceras tuberculosas generalmente consecutivas a tuberculosis ganglionares	7	4	11
Total.	30	33	63

Toxituberculides:

	Hombres	Mujeres	Total
Lupus eritematoso y sus variedades .	68	77	145
Eritema indurado de Bazin. . . .		8	8
Tuberculides pápulo-necróticas . . .	2	6	8
Liquen scrofulosorum	2		2
Sarcoide de Boeck	1		1
Angioqueratoma de Mibelli		2	2
Total.	73	93	166

En resumen:

Tuberculosis bacilares	63	casos
Toxituberculides	166	”
Total.	229	casos

El total, pues, de las manifestaciones globales de la tuberculosis de la piel en nuestro medio es de 229 casos sobre 20,000 dermatosis. La proporción, como se ve, es muy débil; sólo alcanza al 1.1 o|o; y si de este cuadro destacamos las proporciones de las tuberculosis cutáneas verdaderas, es decir, en las que el bacilo de Koch está presente, esta cifra sólo alcanza al 0.3 o|o, proporción ínfima. No hemos tenido ocasión de consultar ninguna estadística francesa de afecciones cutáneas; no nos es posible comparar nuestros datos con respecto a Europa, sino con la estadística que como apéndice de su tratado formula Radcliffe Crocker para Londres; (1) en esta estadística las tuberculosis verdaderas figu-

(1) Radcliffe Crocker. “Diseases of the skin”, pág. 1323. 3.ª edición.

ran en un 1.27 o|o de la totalidad de dermatosis, es decir, una proporción cuatro veces mayor que la nuestra; en cambio, las toxituberculides, que en nuestro medio representan el 0.85 o|o de todas las dermatosis, sólo figuran para Inglaterra en un 0.63 o|o. Es casi la proporción inversa.

De la América del Sud, sólo hemos podido consultar la estadística que, en un interesantísimo trabajo, ha publicado el ilustrado profesor de la Facultad de Buenos Aires, el doctor Pedro L. Baliña. (1) Como se verá por el cuadro adjunto, ella es casi idéntica a la nuestra: misma rareza general, predominio del lupus eritematoso sobre las otras formas, etc. Como lo hace observar muy bien el doctor Baliña, la identidad de factores de todo orden en los dos países, es la causa de esta identidad en el cuadro estadístico: mismo clima, mismo género de vida, profesiones análogas, misma alimentación, etc.

He aquí el cuadro:

	R. Argentina	Uruguay
Tuberculosis cutáneas en general, en relación con las demás dermatosis	1.32 o|o	1.1 o|o
Porcentaje de las distintas formas:		
Tuberculosis bacilares en general.	32 "	30 "
Toxituberculides	68 "	70 "
Lupus vulgar	18 "	15 "
Tuberculosis verrucosa	4 "	12 "
Gomas y úlceras	5 "	5 "
Lupus eritematoso	67 "	60 "
Eritema indurado de Bazin . .	3 "	3 "
Tuberculides pápulo-necróticas .	7 "	3 "
Liquen scrofulosorum.	1|2 "	1 "
Angioqueratoma de Mibelli . .		1 "
Sarcoides de Beck.		1|2 "
Tuberculides nodulares. . . .	1|2 "	

Nos sería difícil dar una explicación de la rareza de la tuberculosis cutánea entre nosotros, pues las diversas formas no cutáneas de tuberculosis figuran en nuestras estadísticas, si bien en proporción no muy alta. El promedio general de mortalidad en nuestro país es de 13.25 por 1,000 habitantes, en el decenio 1908-1917; (2) y por 100 defunciones ge-

(1) Primer Congreso Nacional de Medicina. Buenos Aires, 1917, tomo II, pág. 861.

(2) A. Vidal y Fuentes. Morbosidad y mortalidad infecto-contagiosa en el Uruguay. Montevideo, 1920.

nerales, 8.96 son provocadas por las formas más comunes de la tuberculosis, la pulmonar y la laríngea; dentro, pues, de estas cifras, se ve que las distintas manifestaciones de la tuberculosis se dirigen en el Uruguay más bien a otros órganos que a la piel, lo que tal vez explicaría el por qué el lupus eritematoso se presenta con una frecuencia más de cuatro veces mayor que la del lupus tuberculoso.

II. Formas clínicas y tratamiento

A. TUBERCULOSIS BACILARES

a) Lupus vulgar y sus variedades

Hemos observado un total de 33 casos de esta forma de tuberculosis, 11 en el hombre y 22 en la mujer. Deseamos hacer notar desde ya que, en general, en nuestro medio, la mujer paga un tributo mayor que el hombre a la tuberculosis cutánea. Esta diferencia es particularmente sensible en el lupus verdadero, en el que la proporción de mujeres es tres veces mayor que en el hombre. Veremos más adelante que los tres casos más intensos que hemos observado de esta afección corresponden también a la mujer.

De acuerdo con las observaciones de la inmensa mayoría de los autores, la *edad* de iniciación del lupus es la juventud. Casi todos nuestros enfermos son jóvenes, pero la niñez propiamente dicha parece estar al abrigo de este mal. Los casos más tempranos que hemos podido observar, son los de un niño de 7 años y otro de 10 años; en los dos casos se trataba de un lupus de poca extensión. La inmensa mayoría de los casos oscila desde los 18 a los 30 años. Sin embargo, después de los 40 años, aunque muy rara, la afección puede aún iniciarse. En nuestras observaciones hemos registrado dos casos de lupus empezando respectivamente a los cuarenta y dos y a los cuarenta y cinco años.

Respecto a *las formas clínicas* y a *las localizaciones*, ellas no difieren en general de lo que se observa en los casos comunes. Es la variedad *plana* la que se observa más comunmente, ya sea en la forma de tubérculos aislados o conglomerados, ya sea en la forma de pequeñas placas diseminadas en los puntos de elección. La ulceración de los tubérculos se nota, sin embargo, con alguna frecuencia, pero parcialmente. Por otra parte, en casi todos los casos, la extensión de la enfermedad se ha hecho de una manera muy lenta, no habiendo tenido nunca ocasión de observar la variedad *vorax;* es más aún: es muy frecuente observar que después de los

primeros meses o años de la enfermedad, ésta se estaciona y se detiene en su progresión. En muchos casos hemos podido observar la coincidencia del lupus con un estado general de salud aparentemente bueno; en uno solo la tuberculosis pulmonar era evidente.

El *sitio* de predilección de la afección ha sido en la inmensa mayoría de los casos la *cara* y en esta región la *nariz*, las *mejillas* y las *orejas* son las principales localizaciones. Es común encontrar lupus localizados en algunas de estas tres regiones y mantenerse en esta forma durante todo el proceso morboso. La localización en el cuero cabelludo es tan rara que no figura más que en un caso; en un caso hemos visto también el lupus localizado en el pie derecho, con exclusión del resto del cuerpo. En cuanto a las localizaciones en las mucosas, son ellas en nuestro medio una excepción y se observan sobre todo coincidiendo con el lupus de la punta de la nariz. El caso más evidente es el de un niño de 13 años, en el que un lupus nasal se acompañaba de infiltración lúpica de la mucosa nasal en las proximidades de la lesión cutánea y en el que se hallaba igualmente interesada la mucosa del velo del paladar (obs. II). En otro caso, notable por un lupus localizado exclusivamente en la mejilla izquierda y aparecido en una mujer a los 42 años de edad (obs. XXIV), la mucosa nasal presentaba al nivel del tabique una ulceración, situada en su porción media y que había determinado un ligero hundimiento de la nariz, como la que los franceses llaman *nez en selle*.

Las localizaciones en el resto del cuerpo son relativamente raras; y de los casos benignos de estas localizaciones, notamos uno con localizaciones discretas en la espalda, al nivel del hombro izquierdo, y otro al nivel del muslo izquierdo. Pero más adelante tendremos ocasión de relatar tres casos en los que las localizaciones en los miembros eran intensas y predominantes.

Nos ha sido posible observar también dos casos (obs. VII y XX) de *coincidencia* de lupus tuberculoso, con *adenopatías tuberculosas del cuello y gomas tuberculosas de los brazos y rodilla derecha*. En los dos casos, hombres los dos, el lupus era muy discreto, no ulceroso, lento en su marcha y localizado en la punta y en el ala de la nariz. En los dos casos las manifestaciones lúpicas han sido posteriores a las gomas y a las adenopatías, de varios años. Contrasta, pues, la benignidad del lupus con las otras manifestaciones tuberculosas, y en estos dos casos se trata casi evidentemente de lupus de causa externa, provocados por el transporte de la materia contagiosa en el acto de llevarse las manos a la nariz.

El caso más grave de lupus que hemos observado, tanto

por la extensión de las lesiones como por la terminación letal, es el de una joven de 26 años, cuya primera placa de lupus ulceroso se mostró en la nariz durante la adolescencia y que tomó las mejillas (obs. XII). Algunos años más tarde, se mostraron nuevas placas en los dos miembros superiores y en el dorso de ambas manos, y, por fin, los dos miembros inferiores se tomaron a su vez, comprendido el dorso de los pies. La misma forma ofrecían todas estas placas; los lupomas formaban conglomerados ulcerados, desde el tamaño de una avellana hasta el de un huevo de gallina. En total se contaban unas 30 placas, con la particularidad de que las mucosas se hallaban intactas y el estado general bueno. Con un distinguido colega decidimos, en vista de la inutilidad de los tratamientos locales, hacer un raspaje a fondo de todos los *placards* del cuerpo, con la cureta cortante y la cauterización con el termo, bajo anestesia clorofórmica. Esta primera intervención fué seguida de una mejoría manifiesta de todas las placas tuberculosas, muchas de las cuales curaron, en apariencia, completamente. Varios meses después, sin embargo, los lupomas volvieron a reproducirse en muchos puntos aparentemente sanos y al año el aspecto era el mismo de antes de la intervención. Se decidió una segunda intervención análoga a la primera. Pero a las pocas horas de efectuada comenzaron a presentarse signos de meningitis espinal, contracciones, reflejos exageradísimos, etc., seguidos muy pronto por signos de reacción de las meninges cerebrales, ataques convulsivos violentos, delirio, fiebre alta, etc., terminando todo esto dos días después de la intervención por la muerte de la enferma, en medio de convulsiones continuas seguidas por un corto período comatoso. Es muy probable que en este caso la causa de la muerte haya sido una verdadera granulia. Se han publicado casos de determinaciones viscerales tuberculosas después de una intervención cruenta como tratamiento del lupus tuberculoso. La supresión quirúrgica de los medios de defensa del organismo, el tejido fibroso, que es el medio natural de curación de la afección, puede muy bien explicar la penetración del bacilo de Koch en el torrente circulatorio.

Y para terminar con el lupus tuberculoso, deseamos registrar dos casos de *forma elefantiásica*, modalidad que sólo hemos tenido ocasión de observar en estos últimos años. El más benigno es el de una mujer cuya afección data de los 16 años y que presenta un lupus elefancíaco de la pierna izquierda, habiendo permanecido sana la pierna derecha. El lupus ha sido ascendente, empezando cerca del tobillo e invadiendo luego con gran lentitud toda la piel de la pierna hasta cerca de la rodilla. La pierna enferma tiene un volu-

men doble de la sana. Se ven aún, en medio de un tejido duro y escleroso, los lupomas, algunos ulcerados y otros no. Pero, lo particular del caso, son las linfangitis a repetición que la enferma acusa en el curso de la enfermedad, linfangitis probablemente debidas a infecciones asociadas y que son las que han determinado el aumento de volumen del miembro. Notamos además que, a pesar de la extensión del lupus, el estado general se mantiene bueno, y, detalle que deseamos también indicar, y que es la aparición de un pequeño lupoma de la mejilla derecha en estos últimos meses. El otro caso es análogo a éste, pero con lesiones mucho más extensas. Este lupus, de forma elefantiásica también, que ha hipertrofiado considerablemente los miembros atacados, lo hemos observado en una joven de unos 20 años, cuyos primeros lupomas databan de unos 5 a 6 años. Casi todo el miembro inferior izquierdo y el superior del mismo lado están tomados, lo mismo que la espalda y algunas placas en la región inferior del dorso. Es curioso que, a pesar de la intensidad de las lesiones, no haya aparecido hasta ahora ningún lupoma en la cara.

En cuanto al tratamiento de esta forma, sólo diremos dos palabras. Personalmente nos hemos limitado en estos últimos tiempos a las escarificaciones lineales hechas con el cuchillito del galvanocauterio para las placas grandes, y del ansa del mismo aparato para los lupomas aislados. Este procedimiento, solo o combinado con las curas helioterápicas, nos ha dado siempre resultados satisfactorios, dentro de la lentitud habitual de la marcha de la afección. La nieve carbónica, aun cuando en algunos casos ha mejorado netamente a los enfermos, nos ha parecido en esta forma de lupus menos eficaz que en el lupus eritematoso.

b) Tuberculosis verrucosa de Riehl y Paltauf y tubérculo anatómico

Contrariamente a la forma anterior, esta modalidad es más frecuente en el hombre que en la mujer, habiendo observado en todo unos 19 casos, de los que 12 pertenecen al hombre y 7 a la mujer. Contrariamente también al lupus, y con excepción del caso de una niña de 16 años, la tuberculosis verrucosa es más bien una afección de la edad madura, siendo todos los demás casos observados, en personas de más de 30 años, varios de cerca de 50 años y, por fin, un caso a los 73 años de edad.

Respecto de la *forma clínica*, ésta ha sido idéntica para todos los casos, si se hace excepción de la extensión más o menos grande de las lesiones. El único caso de tubérculo

anatómico es el de un sastre de 37 años, cuya salud general era excelente, y cuya lesión ocupaba la parte dorsal de la articulación metacarpofalángica del dedo índice de la mano izquierda. Los demás casos, en cuanto a *localización* han ocupado constantemente el dorso de la mano y de los dedos, con la particularidad de que la lesión es habitualmente unilateral; sólo en un caso (obs. VII), las lesiones ocupaban el dorso de ambas manos. No hemos visto localizaciones de esta lesión en otros puntos del cuerpo. La marcha ha sido en todos los casos lenta y el aspecto de las lesiones idéntico; placa infiltrada más o menos grande, algo dolorosa, rojo-violácea, papilomatosa, sobre todo en los bordes, crecimiento lento, cicatrización muy a menudo espontánea en el centro y las clásicas gotas de pus a la presión. Nos parece poder afirmar que esta forma de tuberculosis cutánea verdadera es la más benigna de todas y tal vez por su origen. En efecto: en la mayoría de las observaciones que poseemos, las lesiones se han desarrollado primeramente en el sitio de una herida. La mayor parte de nuestras observaciones son de gente del campo, que, a la facilidad para lastimarse, unen la manipulación frecuente de animales tuberculosos. Las infecciones a distancia son muy raras. Sólo en un caso, el ganglio epitrocleal del lado de la lesión se puso grueso. Y, por último, el caso más grave de esta afección fué presentado por una lavandera de 50 años, en la que la tuberculosis verrucosa marchó con relativa rapidez, acompañándose de un estado general poco satisfactorio. Algunos meses después, la infección se hacía general y la enferma sucumbía a consecuencia de una tuberculosis pulmonar aguda. La hija de esta enferma era también tuberculosa.

Es fácil comprender que una forma como ésta, constantemente producida por una herida infectada, se pueda producir a cualquier edad. Así se explica que la vejez, ordinariamente libre de lesiones tuberculosas, ofrezca a veces esta manifestación. Pero, lo que deseamos recordar en este momento, es la posible confusión de esta lesión, al solo examen clínico, con la variedad vegetante de la *esporotricosis*. Después que De Beurmann y Gougerot han llamado la atención sobre esta enfermedad, hemos tenido ocasión de observar unos 2 ó 3 casos, cuyo aspecto clínico era idéntico al de la tuberculosis verrucosa, con el antecedente también de la iniciación en el sitio de una herida. La marcha de la afección es, sin embargo, algo diferente, pues en general la esporotricosis camina mucho más rápidamente que la tuberculosis. Hacemos estas reflexiones a propósito del *tratamiento*. A falta del examen bacteriológico que en algunos casos puede ser negativo, tenemos la costumbre, en los casos clínicos dudosos,

de administrar el ioduro de potasio a dosis altas (5 a 6 gramos por día) y de aconsejar las aplicaciones locales de agua iodada al 1 o|oo en compresas. Hemos sido sorprendidos en algunos casos de la mejoría rapidísima obtenida por esta medicación y de la curación de las lesiones en 6 a 8 semanas. Cuando se trata de lesiones tuberculosas verdaderas, esta medicación no tiene influencia sobre la enfermedad y entonces los procedimientos de destrucción ígnea, seguidos o no de aplicaciones de medicamentos fuertemente oxidantes, como el permanganato de potasa o el peróxido de zinc, dan en general resultados completos.

c) *Ulceraciones tuberculosas propiamente dichas*

A 11 ascienden los casos de esta forma que hemos podido observar, 7 hombres y 4 mujeres. Comparada con las estadísticas europeas, esta forma es relativamente rara entre nosotros, aunque, siendo una forma no exclusivamente dermatológica, es posible que muchos de estos enfermos sean atendidos en los servicios de cirugía.

En cuanto a sus *formas clínicas*, estas son poco variadas y están casi constantemente constituídas por ulceraciones muy lentas en su marcha, de forma y de fondo irregular, de bordes violáceos, atónicas y segregando un pus poco abundante, seropurulento. Se trata, en general, de sujetos jóvenes y en la gran mayoría de los casos, es la región cervical la que presenta la frecuencia mayor de las *localizaciones*. Sin embargo, en dos casos hemos podido observar una localización fuera de la región cervical; la una, en la pierna izquierda de una joven de 26 años (obs. III), de fuente tuberculosa, pero que no tenía en el momento del examen ninguna manifestación de tuberculosis visceral aparente. En el otro caso (obs. VI), se trataba de ulceraciones tuberculosas de la piel de las bolsas en un hombre de 29 años, que tenía al mismo tiempo una tuberculosis ganglionar de la ingle izquierda y una invasión tuberculosa del cordón testicular del mismo lado. Deseamos hacer notar también que, con excepción del caso de la ulceración de la pierna de la observación III, todos los demás casos están precedidos por la infección tuberculosa de los ganglios linfáticos vecinos y que la lesión cutánea es siempre consecutiva.

No hemos tenido ocasión de observar ningún caso de ulceraciones tuberculosas de la lengua. En cuanto al *tratamiento* de esta forma, es más bien quirúrgico que médico y tiene por base la extirpación de los ganglios, la destrucción de las ulceraciones por el fuego, y la helioterapia.

B. TOXITUBERCULIDES

a) Lupus eritematoso

Es la forma más común de las tuberculosis cutáneas que se observa en el Uruguay. Recordamos que hemos seguido las ideas de la escuela francesa, considerando esta manifestación de la tuberculosis como una toxituberculide; algunas coincidencias clínicas que tendremos ocasión de señalar dentro de un momento nos han permitido confirmar esta manera de ver. En nuestra estadística, figuran 145 casos de lupus eritematoso, en un total de 228 casos de tuberculosis cutánea de todo orden. Es, pues, alrededor de un 65 o|o. Pero lo que deseamos hacer resaltar es que, de las dos modalidades principales de la tuberculosis cutánea, el lupus vulgar y el eritematoso, éste figura en una proporción 4 y 1|2 veces mayor que el primero. Este hecho es extraordinario comparado con la estadística inglesa que ya hemos citado, en la que se señalan dos casos de lupus tuberculoso por uno de lupus eritematoso. En Buenos Aires sucede algo análogo a lo que sucede en Montevideo; las estadísticas que hemos podido consultar, del Servicio del malogrado maestro el profesor Sommer, arrojan una proporción de lupus eritematoso tres veces mayor que la de lupus tuberculoso. Es poco más o menos la misma proporción que arrojan las estadísticas ya mencionadas, de nuestro excelente colega el doctor Pedro L. Baliña.

Respecto a las *formas clínicas* y a las *localizaciones,* debemos notar que esta afección se ha presentado a nuestra observación con caracteres bastante uniformes y monótonos. No hemos tenido la ocasión de observar ningún caso de lupus eritematoso agudo generalizado. En la inmensa mayoría de los casos, la erupción ha sido discreta, la marcha muy lenta y el aspecto clínico respondiendo más bien a las formas de pasaje entre los dos tipos principales en que Brocq divide esta afección: la forma fija y la centrífuga simétrica. Esta forma simétrica, el vespertilio de los autores, raras veces se observa pura; en general, las placas ofrecen una localización irregular,, no simétrica y, una vez llegadas a una cierta extensión, su crecimiento se detiene por un tiempo muy largo. Es en general también la forma superficial la que se observa; la forma de herpes cretáceo de Devirgie, con el elemento grueso escamoso, enviando prolongaciones a los folículos pilosebáceos subyacentes, rarísimas veces la hemos observado.

Si es cierto que generalmente el lupus eritematoso es una enfermedad de la juventud, la *edad* influye, sin embargo, mucho menos en esta forma que en el lupus tuberculoso. Los casos más jóvenes que hemos visto son los de tres niñas, respectivamente de 15, 16 y 17 años de edad; la generalidad de los casos empiezan de los 20 a los 30 años; pero no es raro ver aparecer la afección después de los 40 años y aún después de los 50. Hemos podido observar dos casos después de los 60 años. Como en el lupus tuberculoso, la mujer paga un tributo mayor al lupus eritematoso que el hombre; en la clientela hospitalaria, las proporciones son sensiblemente iguales; pero en la clientela privada, el número de casos femeninos es casi el doble de los casos masculinos.

La *localización* habitual de las placas es la clásica; el dorso de la nariz y las dos mejillas, una o ambas, son los primeros y los sitios más frecuentemente interesados. Luego vienen en orden de frecuencia las orejas, el cuero cabelludo y el dorso de los dedos de las manos y de la mano misma. En un solo caso el proceso se extendió al dorso del antebrazo izquierdo.

La salud general de estos enfermos es habitualmente satisfactoria; no es raro observar casos en personas que aparentemente gozan de perfecta salud y de aspecto robusto. Hemos visto, sin embargo, tres casos terminados por la muerte: una vez por cáncer del estómago; otra, por un tumor cerebral; y la tercera, por una infección intestinal aguda en un enfermo cuyo lupus era particularmente rebelde al tratamiento y que se congestionaba con suma facilidad.

Deseamos decir ahora dos palabras sobre las *coincidencias* de otras afecciones en el curso del lupus eritematoso. En algunos casos se señalan las adenitis probablemente tuberculosas; pero la afección que hemos visto coincidir más frecuentemente con el lupus eritematoso, son las *tuberculides pápulo-necróticas*, generalmente discretas, localizadas a la superficie de extensión de los brazos y dorso de las manos, mucho más raramente a las orejas y a los pies. En nuestros casos, el lupus eritematoso ha precedido casi constantemente a las tuberculides, a veces de un corto tiempo, otras hasta de ocho años; en un caso solamente (obs. IV), las tuberculides pápulo-necróticas de las orejas, mejillas, dorso de las manos y pies, precedieron de muchos años a la aparición de un lupus eritematoso de la cara, en una enferma de 21 años, que presentaba simultáneamente ganglios linfáticos hipertrofiados de la región cervical derecha. Aun cuando las tuberculides pápulo-necróticas no están consideradas por los autores como manifestaciones indudables de tuberculosis, sin

embargo, no deja de ser curiosa la presencia simultánea de estas dos afecciones, que, clínicamente, por lo menos, apoya a la manera de ver de los autores franceses. Pero ahora deseamos señalar dos casos de coincidencias más probatorias: se trata de dos jóvenes de 20 años, en las que el lupus eritematoso ha coincidido con el *liquen scrofulosorum*. En los dos casos el *liquen scrofulosorum* fué precedido por el lupus eritematoso, de varios meses; los elementos de liquen eran discretos, mostrándose en los sitios clásicos, el vientre y el dorso. Ahora bien: se sabe, después de los trabajos de Jadassohn, que esta forma de tuberculide merece, en realidad, ser colocada en los cuadros de las tuberculosis verdaderas, por la reacción casi constante a la tuberculina, por las inoculaciones positivas a los animales, y por la presencia del bacilo de Koch en varios casos. Y para terminar con las coincidencias cutáneas del lupus eritematoso, señalaremos la frecuencia marcada de los *sabañones* (eritema pernio) ulcerados, precediendo o acompañando las lesiones lúpicas de las orejas y del dorso de los dedos de las manos; y, por último, la coincidencia única del lupus eritematoso con dos *poussées* de *eritema polimorfo*, forma pápulo-eritematosa, y cuyos elementos ocupaban el cuello, la cara, el dorso de las manos y las rodillas. Estas dos *pousées* de eritema se produjeron dos años después de un lupus eritematoso localizado en la mejilla derecha de una señora de 30 años; su evolución fué muy rápida y la segunda *poussée*, que sobrevino 20 días después de la primera, se acompañó de fiebre y de dolores articulares.

No hemos observado nunca la asociación del lupus eritematoso con el tuberculoso; no hemos observado tampoco ningún caso de asociación del lupus eritematoso con la tuberculosis verrucosa.

Nos permitiremos cerrar este capítulo con dos palabras acerca del tratamiento. Hasta hace poco tratábamos nuestros casos con los medios clásicos, las escarificaciones con el cuchillo galvanocáustico en particular y, en los casos en que este medio no podía ser aplicado, con las aplicaciones irritantes intermitentes, sea la tintura de jabón negro, sea más frecuentemente con las pincelaciones de licor de Fowler al 1 por 10 o 20. Estas aplicaciones irritantes eran seguidas de una medicación anodina y cuando los fenómenos inflamatorios se calmaban se volvía a la primera medicación. Con todos estos medios hemos obtenido resultados buenos, excelentes a veces, a veces nulos. Pero actualmente creemos poder afirmar que el procedimiento de elección del tratamiento del lupus eritematoso es la nieve carbónica. Es la que

nos ha dado más constantemente buenos resultados, mucho más constantes que aplicada al tratamiento del lupus tuberculoso. Obtenida por los medios habituales, hemos procedido generalmente a aplicaciones de 10 a 20 segundos de duración sobre cada punto a tratarse; raras veces hemos pasado de medio minuto; la presión, aun cuando muy difícil de medir, ha sido más bien moderada y la frecuencia de las aplicaciones ha sido gobernada por la ausencia completa de la reacción inflamatoria producida por la aplicación anterior. La reacción y el dolor varían mucho con los enfermos y estos datos se pueden tener en cuenta en las aplicaciones sucesivas. Hemos evitado en todo lo posible la formación de flictenas, limitándonos a producir una reacción congestiva ligera y prefiriendo la repetición de las aplicaciones a una reacción violenta. Los resultados son, como hemos dicho, constantemente buenos; algunas placas sólo exigen pocas aplicaciones; las cicatrices son infinitamente mejores que con las escarificaciones ígneas y el plazo total del tratamiento mucho más corto.

b) Eritema indurado de Bazin

A ocho alcanzan los casos de esta afección que hemos podido observar, proporción muy pequeña en relación a las otras formas de tuberculosis. Como es la regla en estos casos, es el sexo femenino el que paga mayor tributo; todas nuestras observaciones pertenecen a mujeres jóvenes, variando la *edad*, de 15 a 26 años. La modalidad clínica ha sido idéntica para todas, excepto en un caso del que diremos dos palabras más adelante; se ha tratado siempre de nódulos localizados exclusivamente en ambas piernas, descendiendo a veces hasta los maléolos y el dorso del pie; no ulcerados generalmente, ulcerados a veces y en este caso dejando cicatrices. La curación espontánea era la regla en el verano y las recidivas se mostraban en el invierno. No hemos observado ninguna *coincidencia* de otras tuberculosis cutáneas con esta forma; pero en algunos casos, el aspecto de las enfermas traducía una constitución fácilmente tuberculizable.

El caso más curioso de esta forma de tubercúlide lo constituye el de una joven de 18 años, cuyo eritema indurado, constituído por nódulos que evolucionaban solamente en los inviernos, estaba exclusivamente limitado a la pierna izquierda. Hemos creído encontrar la causa de esta anomalía en el hecho siguiente: la pierna izquierda de esta enferma era atrófica desde el nacimiento, probablemente por una falsa maniobra obstétrica; su volumen era menor que el de la

derecha; está habitualmente fría y asfíxica; la pierna derecha, en cambio, está sana. Nos parece que la inferioridad fisiológica de la pierna atrófica puede explicar esta rara localización, favorecida por la acroasfixia habitual de las extremidades en esta clase de enfermas.

Nada de particular tenemos que señalar en cuanto al tratamiento, cuya base es el tratamiento general, el reposo y los estimulantes locales y aplicaciones ligeramente antisépticas en los casos de ulceración.

c) *Tuberculides pápulo-necróticas*

Once casos de esta forma hemos podido observar, la mayoría en mujeres jóvenes. En nuestro primer trabajo ya citado, (1) sólo habíamos registrado dos casos, sin nignuna coincidencia de otras dermatosis tuberculosas. Actualmente nos es dado poder señalar, como ya lo dijimos al hablar del lupus eritematoso, la relativa frecuencia de la coexistencia de estas dos enfermedades. Por lo demás, la *forma clínica* de las tuberculides pápulo-necróticas que hemos visto, no varía de la forma común de esta afección. Los elementos han sido discretos generalmente, su localización en los brazos, pies, orejas, la más habitual, su evolución rápida y su aparición coincide generalmente con la estación fría. El eritema pernio es bastante frecuente en estos casos, y en uno de ellos se notaban ganglios linfáticos hipertrofiados del cuello, del lado derecho. Estas lesiones no tienen tratamiento especial.

d) *Liquen scrofulosorum*

Seremos breves en este capítulo, que sólo cuenta con dos casos en dos jóvenes del sexo masculino, de 20 años de *edad*, y de los que ya hemos hablado al ocuparnos del lupus eritematoso; recordaremos solamente que nuestros dos únicos casos han coincidido con un lupus eritematoso discreto de la cara y que en los dos el lupus existía antes del liquen. Estos dos casos han presentado una erupción de liquen discreto y localizado al vientre y dorso. No hemos observado ningún caso de liquen scrofulosorum aislado.

---

(1) "Revista Médica del Uruguay", número 10, 1909.

e) Angioqueratoma de Mibelli

Dos casos también hemos observado de esta rara afección, y los dos muy incompletos en cuanto a su forma clínica, en dos mujeres de 17 y de 27 años. Como es de regla en esta afección, el eritema pernio ha precedido de muchos años a las telangiectasias y a las producciones hiperqueratósicas. Los sabañones, intermitentes en los primeros ataques exclusivamente invernales, han persistido después durante el verano, aunque más atenuados y solamente después se han mostrado por orden de frecuencia las dilataciones vasculares y, por fin, las hipertróficas córneas. Las localizaciones han sido exclusivamente en las manos, a pesar de que una de las enfermas (obs. I) había presentado sabañones en las orejas y en los pies. Nada de particular tampoco en cuanto al tratamiento.

III. Consideraciones

Después de lo que acabamos de decir, terminaremos este trabajo por pocas consideraciones generales. Casi todas las formas de tuberculosis cutáneas están representadas en el Uruguay, pero es el lupus eritematoso el que domina en los cuadros clínicos. No nos atrevemos a penetrar la causa de esta frecuencia, estando como está aún la etiología del lupus eritematoso rodeada de muchas incógnitas. Nos limitamos, pues, a comprobar este hecho, sin poderlo explicar. En segundo término, figura un lupus verdadero, pero con una proporción mucho menor que el eritematoso; y muy atrás de estas formas y constituyendo casi rarezas, nos encontramos con las ulceraciones tuberculosas propiamente dichas de la piel, la tuberculosis verrucosa, el eritema indurado de Bazin, las tuberculides pápulo-necróticas, el liquen scrofulosorum y el angioqueratoma de Mibelli y el sarcoide de Boeck. En cambio, no hemos podido observar las otras formas de tuberculosis descritas por los autores como las tuberculosis supurativas, las calcificaciones de la piel consecutivas a ciertas formas de tuberculosis y ciertas eritrodermias como el pitiriasis rubra de Hebra, etc.

En su conjunto también, a la rareza relativa de las tuberculosis cutáneas se une en el Uruguay su benignidad general, tanto desde el punto de vista de la salud general como de la forma y complicaciones locales. Rarísimas veces hemos observado una marcha aguda y grave; las formas habituales son lentas y benignas y bien toleradas por los enfermos. Nos atrevemos solamente a indicar que tal vez la rareza y la be-

nignidad de las tuberculosis cutáneas en nuestro país esté en relación con su clima templado. Es sabido que, en general, las tuberculosis cutáneas son más frecuentes en los países fríos y de mucha nebulosidad y que su presencia decrece con la latitud, siendo estas manifestaciones raras en los países tropicales. Las manifestaciones cutáneas de la tuberculosis nos parecen no estar, por consiguiente, en relación directa con las manifestaciones internas de este mal, sino más bien con la influencia del clima y tal vez de otros factores meteorológicos como la insolación. Notemos, para terminar, que no hemos nunca encontrado entre las complicaciones locales de las tuberculosis cutáneas ni el fagedenismo, ni la erisipela, ni el epitelioma. Sólo en un caso pudimos pensar en una lesión híbrida con la sífilis.

De todo lo que acabamos de decir, creemos poder sacar las siguientes

IV. Conclusiones

I. Las tuberculosis cutáneas, bacilares y toxínicas, son relativamente raras en el Uruguay. Su totalidad alcanza alrededor del 1 o|o de todas las dermatosis.

II. Las tuberculosis verdaderas representan un 0.25 o|o del total de manifestaciones tuberculosas y las toxituberculides un 0.75 o|o.

III. Por orden decreciente, las proporciones son las siguientes: lupus eritematoso, 60 o|o; lupus vulgar, 15 o|o; tuberculosis verrucosa, 12 o|o; ulceraciones tuberculosas, 5 o|o; eritema indurado de Bazin, 3 o|o; tuberculides pápulo-necróticas, 3 o|o; liquen scrofulosorum, 1 o|o y angioqueratoma, 1 o|o.

IV. Las formas clínicas son habitualmente benignas y discretas. Las asociaciones entre algunos tipos se observan, pero casi exclusivamente con el lupus eritematoso.

DISCUSION

E. Jonquières (Buenos Aires). — Recordamos que L. Brocq en sus lecciones de clínica, nos decía que la acción del sol en los países tropicales y subtropicales, impedía el desarrollo del lupus tuberculoso, en los países situados en aquellas regiones.

A pesar de esa opinión tan autorizada, vemos con sorpresa aumentar, desde hace algunos años, los casos de lupus tuberculosos graves, ulcerosos.

Sin duda alguna se explica ese fenómeno por la modificación que van sufriendo las condiciones en que se desarrolla la vida en las ciudades y en la campaña.

La mala alimentación, las mayores preocupaciones de orden moral, que causan una agravación de la vida económica, el hacinamiento en las grandes ciudades, son, entre otros motivos, suficientes para explicar la difusión del lupus.

En cuanto se refiere al tratamiento, no citaré al Radium, del cual ya hablamos al hacer nuestra comunicación sobre Radiumterapia cutánea. Pero, queremos recordar los excelentes resultados que da el empleo del ácido tricloroacético cristalizado, que aún en las lesiones lúpicas de la mejilla, de ordinario tan profundas y rebeldes, da curaciones, si no siempre definitivas, por lo menos prolóngadas (tenemos casos de más de cinco años). La cicatriz, a veces ligeramente keloide y que en estos casos aplanamos con nieve carbónica, la cicatriz, decimos, es inmejorable por su tinte y ''souplesse''.

Neocle Ragusin (Buenos Aires). — Quiero agregar al brillante trabajo del doctor Brito Foresti, lo siguiente:

En Buenos Aires, desde hace muchos años, mi maestro, el doctor Díaz P., brega por el tratamiento de las tuberculosis cutáneas y glandulares por altas dosis de cacodilato de soda. En efecto: desde hace muchos años, desde 1908 podríamos decir, que el doctor Díaz emplea en el tratamiento de muchas afecciones cutáneas, las inyecciones de cacodilato de soda en altas dosis. Epecialmente para el lupus eritematoso él emplea dosis de cacodilato de soda que varían de un centigramo a un gramo, en inyecciones subcutáneas diariamente, según sea la edad del paciente.

Muchos enfermos tratados por él fueron presentados a las Sesiones de la Sociedad Dermatológica Argentina, y su resultado fué brillante, podría decir casi inesperado. El caso que más llamó la atención, fué el de una niña de más o menos 27 años, portadora de un lupus eritematoso de la cara y cuero cabelludo, con caída del cabello, que fué presentado hace tres años a la Sociedad Dermatológica Argentina. En efecto: a raíz de varias series de inyecciones de 0.60 a 0.80 grs. de cacodilato de soda, en series de diez inyecciones, una diaria, con descanso de diez días entre serie y serie, se obtuvo la absoluta curación, y, más aún, que en el cuero cabelludo volviera a renacer el cabello.

Vuelvo a decir, no es un enfermo, sino muchos, de lupus eritematoso, que han sido beneficiados por este tratamiento, tratamiento, podría decir, original del doctor Pacífico Díaz, que es quien lo ha sistematizado y quien lo ha puesto en el tapete de la práctica médica.

A nombre de mi maestro, entrego a este Congreso este tratamiento que muchas veces les ha de dar resultados inesperados.

OCTAVA SESION

SÁBADO 15 DE OCTUBRE DE 1921, A LAS 15

Presidencias de los doctores Fernando Terra (Río de Janeiro), Víctor Idoyaga (Asunción) y Pedro L. Barbosa (Asunción).
Secretario de Sesiones: doctor Máximo Halty (Montevideo).

SUMARIO

Centro trófico de la Región Vulvar

Sindrome de asociación neurotrófico

POR EL DR. CARLOS STAJANO (Montevideo)

Asistente de la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina de Montevideo

Cirujano del Hospital Italiano

Anatómicamente la leucoplasia es una alteración de las mucosas, caracterizada por una hiperplasia de las células a eleidina, aumentando las capas superficiales del tejido, formado exclusivamente de células queratínicas, y que dan clínicamente ese aspecto blanco, anacarado, brillante, que no describimos en detalle por ser de todos conocido. Su evolución se cuenta por años y ella es progresiva; requiere un terreno especial, una predisposición indiscutible, siendo lesión que no hace presa en los organismos jóvenes y se desarrolla en sujetos tarados por la sífilis o la tuberculosis antiguas, o la viruela contraída en años precoces de la vida, según consta en nuestras observaciones, o en diversos enfermos de la nutrición, en que se muestran fenómenos tróficos de diversa índole (diabetes, reumatismo crónico, etc.). He aquí el fondo propicio, sobre el cual actúan de manera ocasional y efectiva las diversas causas generatrices, siendo de indiscutible influencia la acción del traumatismo.

¿CUÁL ES EL ORIGEN DE ESTA MALFORMACIÓN? — No titubeamos en afirmar nuestra convicción de que: en primer lugar, la leucoplasia es una afección más amplia de lo que corrientemente se la considera. Es, a nuestro juicio, la manifestación anatómica de una lesión nerviosa de los centros, que, provocada por factores diferentes, origina una desorientación nutritiva de las células epiteliales, perturbando su crecimiento, caracterizado por una anomalía en la renovación de las capas más superficiales de la epidermis. Es un proceso distrófico, fruto de la disfunción del centro que lo gobierna, y es tan insensible la graduación, que paulatina, pero progresivamente, va diferenciando esa porción de tegumento enfermo del tejido normal, que los caracteres que hacen la diferencia, son sólo modificaciones en intensidad y en grado del proceso normal de renovación. Es una de las capas del *estratum* epidérmico que activa su crecimiento sin alterar la arquitectura fundamental del tejido, y evoluciona con un ritmo discorde en proporción a las otras capas que le son veci-

nas. Este equilibrio anormal, fruto de una alteración en el sistema dirigente, puede perdurar más o menos tiempo, pero ya en la pendiente de una alteración funcional, el tiempo hace el resto y la graduación insensible hacia la máxima disfunción es cosa que se ve corrientemente. El cáncer epitelial es la terminación de toda leucoplasia abandonada a su propia evolución. El origen nervioso de esta distrofia epitelial no se presta, para nosotros, a ninguna duda, desde que la clínica nos presentó la prueba indiscutible de su influencia directriz. En efecto: tuvimos la suerte de encontrar una serie de leucoplasias vulvares con una distribución tan perfecta y regular, con una demarcación de límites tan neta con las partes limítrofes vecinas, que nuestra primera impresión no fué otra que la de atribuir al sistema nervioso la ordenación en la forma y en la distribución de ese proceso. Confirmamos más tarde esta impresión.

Los centros tróficos. — Proyección periférica del de la región vulvar. — Cada segmento, tanto de piel, de mucosa, de músculo o de hueso, está en conexión, por intermedio de los nervios, con los centros nerviosos que tutelan su funcionalidad, rigiendo los actos vitales, que se desenvuelven en la intimidad del tejido correspondiente. Pero he aquí cómo la clínica, con su profusión de hechos diversos, despierta la curiosidad del que la observa, sugiriendo preguntas y más preguntas, que incitan a la investigación, al estudio, y hasta a la comprobación experimental. En efecto: la vitalidad de un tejido, ya simple, como el de revestimiento, ya más complejo, como el glandular, no se desarrolla sólo a merced de la fuerza vital que le trasmite el nervio visible y grueso de la región. Su armonía trófica funcional depende de la integridad del sistema de innervación, que, por múltiples trayectos, le llega desde los centros. Hay troncos y ramúsculos sensitivos; hay filetes motores; llegan a la región, alrededor de los vasos, dispuestos en finísima malla, que se disimula en la atmósfera perivascular, las tenues pero complejas terminaciones simpáticas, que regulan el aflujo nutritivo, dirigen el *tonus* vascular, activan la termogenia o la reducen, regulando, con un automatismo maravillosamente perfecto, el bienestar de la zona respectiva.

El desenvolvimiento normal de esas complejas funciones nerviosas es necesario, por cuanto ajusta a condiciones fisiológicas de vida, a un segmento determinado de tejido, dentro de la unidad individual, haciendo posible la relación de

la zona con la economía entera, asegurando una interdependencia entre las diversas partes constitutivas del ser.

A cada región corresponden, pues, neuronas sensitivas, motoras, simpáticas de compleja función, y todas ellas, por su parte, a pesar de tener sus orígenes distantes, contribuyen, con una rígida disciplina, ordenada por un centro superior coordinador, a desempeñar la función superior del trofismo a segmentos determinados, con topografía propia, y con una acción regional perfectamente delimitada, que permite deslindar esa zona de la vecina, influenciada por un centro diferente. He aquí la función superior del trofismo, con sus centros correspondientes, y cuya misión es la de establecer una perfecta sinergia entre las distintas funciones nerviosas que coordina.

La patología nos permite orientar la investigación en el sentido de la determinación de los centros tróficos, estudiando su proyección de acción periférica. Por nuestra parte, nuestras comprobaciones quedan limitadas al aparato genital femenino, pues es de esa clínica especial que nació, por los hechos observados, toda nuestra orientación, y surgió a medida que vimos más, la fe más absoluta de lo que venimos afirmando. Mostraremos hechos y no argumentaciones, esperando que otras clínicas, especializadas en otras regiones, no desprecien, como lo han hecho hasta hoy, ciertos datos del orden que nos ocupa, y presten atención en su campo de acción, como lo hicimos nosotros en la región vulvar. (1)

Comprobación clínica. — Llamamos la atención sobre un tipo de distrofia vulvar que interesa, por encontrar asociadas en la misma región, tres modificaciones mucocutáneas, desarrolladas concéntricamente y siempre en el mismo orden de colocación; pero lo que más sorprende es su distribución perfectamente regular y simétrica y la separación franca, brusca y neta con las zonas vecinas, limítrofes y sanas. Vimos el primer caso en 1918 y obtuvimos su fotografía por creerlo de una rareza excepcional; sin embargo, hemos tenido la suerte de recoger otros, en un todo semejantes, en diferentes alturas de su evolución, desde el simple esbozo de la lesión, has-

(1) La circunstancia de que hasta 1918 comprobáramos tan sólo un caso, y después de haber fijado la observación se hayan encontrado otros tan seguidamente, nos induce a pensar en la frecuencia de este sindroma, inadvertido hasta entonces.

ta la perfectamente desarrollada y completa. El esquema adjunto muestra las características de esta forma (v. fig. 1).

1.° Cilindro vaginal sano, mucosa normal, transformándose bruscamente al nivel del anillo vulvar. (X).

2.° Leucoplasia de la cara interna y borde libre de pequeños labios y capuchón clitorídeo, desarrollada con una topografía rigurosamente regular y simétrica, separada a su vez por un límite igualmente brusco y regular de la zona inmediatamente más externa que la rodea (piel de los grandes labios y área perianal), y que es asiento de un vitiligo con la misma perfección de forma que la anterior, y formando marco a la leucoplasia internamente colocada (Z) y (V).

3.° Por fuera aún del área con vitiligo, y siempre concéntricas entre sí, aparece otra zona cutánea con fuerte hiperpigmentación y con la regularidad de forma de las lesiones anteriores (H).

En efecto: vemos en el mismo caso lesiones diferentes Dos de ellas, discromías pigmentarias, ocupando los anillos más externos del sistema; y más internamente, una formación epitelial, verdadera distrofia mucosa (leucoplasia), que, como desviación del tipo normal de crecimiento y de renovación celular, se caracteriza por una hiperproducción de capas córneas, a expensas de la capa basal de crecimiento. Modalidad, por otra parte, interesante, pues la simetría en la forma y en la agrupación de estas lesiones diferentes en la forma concéntrica habitual en que aparece, obliga a admitir una participación nerviosa en la ordenación de este sindroma.

Tenemos base y estamos autorizados para afirmar que, en realidad, el sistema nervioso participa no sólo en la ordenación de este sindroma, sino que es, en la perturbación de un centro que rige siempre el trofismo del territorio vulvar descripto, el que, modificando su función, da clínicamente la distrofia. Hemos interrogado a la anatomía, a la fisiología, a la clínica, y sólo la última contesta categóricamente, diciendo que hay *un centro trófico de la región vulvar*. La primera y la segunda no nos explican, con los datos conocidos, esa topografía siempre igual con que se nos presentan las lesiones. Ni la distribución nerviosa periférica, dada por los pudendos y los perineales de diverso origen, ni una distribución metamérica conocida, ni una radicular, nos explican: 1.° Esa distribución topográfica de las lesiones; 2.° La asociación de distrofias diferentes (leucoplasia, vitiligo, hipercromía); 3.° La fatal y siempre igual ordenación en el lugar que ocupan las lesiones; 4.° El límite brusco y neto de la zona enferma y sus

limítrofes sanas circundantes. Internamente, vagina normal. Externamente, piel normal. (Ver fig. 1).

*
* *

¿Es, acaso, un simple trastorno de la vía sensitiva, o de las neuronas motoras de la región, o de las terminaciones simpáticas por separado?

Categóricamente decimos que no; pues la lesión distrófica asociada se nos presenta como la resultante de todas aquellas funciones perturbadas, pero al mismo tiempo con un orden tal, que no pueden responder sino a la perturbación de un centro complejo, que, así como las aúna en la normal función del trofismo, las aúna también a todas ellas, cuando se encuentra en disfunción.

Extrañará que hablemos de centros tróficos, que alguien dirá imaginarios, pero si no nos aventuramos a dar opinión sobre localizaciones hipotéticas de esos centros, porque no tenemos base para ello, podemos, en cambio, afirmar que existen, puesto que tenemos la base real, y ella es: la proyección periférica en superficie, perfectamente descripta y que presentamos con los documentos presentes. (Ver fig. 2).

El aparato genital tiene para cada uno de sus segmentos componentes centros superiores tróficos, particulares e independientes, que coordinan su funcionalidad tisular, y esto nos lo demuestra la clínica, puesto que si observamos la distrofia de asociación vulvar, nos llama la atención el contraste que ella presenta con la normalidad del conducto vaginal que se continúa hacia la profundidad íntegramente sano. ¿Hay un centro trófico distinto para la vagina y resto del aparato genital? Es lógico suponerlo, puesto que la clínica nos lo revela. Por otra parte, la distribución del trofismo de la región vulvar requiere un centro superior que coordine la vitalidad de los tejidos, ¿pues cómo, de otro modo, imaginar la bilateralidad de los fenómenos distróficos, que hacen superponible la hemivulva derecha a la izquierda? Si plegamos, como las hojas de un libro, las dos mitades de la vulva sobre el eje mediano antero-posterior, las superficies enfermas se superponen con matemática exactitud: vitiligo y vitiligo, leucoplasia y leucoplasia, al punto que un dibujo hecho de exprofeso no resultaría más perfecto y de una exactitud más flagrante.

¿A qué naturaleza de lesión central responde esta distrofia? No podemos responderlo, pero podemos adelantar que una

determinada calidad de lesión, que se repite con relativa frecuencia, puede reproducirla.

La comprobación de esta interesante serie de casos semejantes en que se ven coexistir lesiones pigmentarias como el vitiligo, con formaciones epiteliales como la leucoplasia, en forma tal de distribución, y ordenándose con topografías tan perfectas, nos lleva sin esfuerzo alguno a admitir la existencia de un centro nervioso trófico que coordine normalmente la nutrición de los tejidos de esa área vulvar, y que alterado funcionalmente dé razón de ese sindroma clínico tan complejo que fué objeto ya de una comunicación anterior. Por otra parte, nos da luces respecto a la patogenia, no sólo del vitiligo, puesto que ya es admitido su origen nervioso, sino que lo es, también, de la leucoplasia, a pesar de que los especialistas dermatólogos tienden a considerarla como una simple lesión local.

LEUCOPLASIA Y PARASÍFILIS. — Nosotros sostenemos la relación que tiene la leucoplasia con un trastorno nutritivo dependiente de una alteración nerviosa, y la relación de leucoplasia y sífilis, que tantos autores han anotado, se puede concretar a la relación *de sistema nervioso sifilítico o tarado por la sífilis* en relación con esa lesión.

Hacemos esta salvedad, pues mucho se ha discutido y, a nuestro juicio, sobre una base falsa, sobre la eficacia en unos casos, del tratamiento específico, así como en otros de la insensibilidad absoluta de esa lesión a dosis masivas de mercurio o salvarsán.

El criterio terapéutico para afirmar o negar el origen sifilítico de una leucoplasia tiene que ser, a nuestro juicio, equivocado, pues lesiones ya definitivas del sistema nervioso no regresan con el tratamiento; éste no es capaz de regenerar neuronas destruídas y convertidas en tejido escleroso o de cicatriz; puede, en cambio, hacer retroceder lesiones nerviosas de sífilis activa, con treponema en actividad, y en las cuales la célula nerviosa no se ha trastornado aún funcionalmente de modo intenso, o no se ha destruído definitivamente. Tanto en uno como en otro caso la sífilis puede ser la causa primera, que se manifiesta abiertamente en unos casos, que se disimula perfectamente en los otros, y que ha obrado tan sólo con distinta intensidad y en distintos momentos.

LESIONES NERVIOSAS DE ORIGEN SIFILÍTICO, EN EL DOMINIO MENTAL Y EN EL DEL TROFISMO. — *Su manera de reaccionar al tratamiento. — Demencia paralítica. — Cáncer epitelial.*

— *Precáncer mental y trófico.* — Hemos visto en un trabajo anterior (1) la casi constancia de la evolución neoplásica en las antiguas leucoplasias; hemos reconocido la participación de la sífilis, bien anotada por diversos autores, en la producción de muchas leucokeratosis, y en los antecedentes del cáncer epitelial. Pues bien: ¿qué diferencia no encontramos en el tratamiento, tanto mercurial como por el salvarsán, de esas dos lesiones sucesivas? Se nos asocia el recuerdo de nuestro internado en el Hospital Vilardebó, en el que veíamos las hecatombes producidas por el salvarsán, en los paralíticos generales; lesión eminentemente sifilítica, y que, sin embargo, era mal influenciada por el tratamiento específico, tanto a pequeñas como a grandes dosis. El mercurio, no tan nocivo como aquél, era más tolerado; sin embargo, empeoraba tanto somática como psíquicamente al enfermo tratado, sacándolo de la larga remisión en que se hallaba, para sumirlo en la demencia más completa y definitiva. No citaré casos, pero eso era la regla. ¿Qué diferencia separaba a la lesión del paralítico general, de la vulgar y corriente de la sífilis cerebral? La primera, sifilítica como la otra, era empeorada por el tratamiento; la segunda, en cambio, era felizmente modificada y todos reconocemos hoy las maravillas obtenidas, con tratamientos bien instituídos, en las lesiones nerviosas localizadas de origen sifilítico. Pues bien: a esa pregunta que no respondo, le agrego otra análoga, y es la siguiente: ¿Por qué a lesiones sifilíticas predecesoras del cáncer epitelial, el tratamiento específico modifica algunas veces, y, en cambio, al cáncer más tarde sobre ellas constituído, el tratamiento agrava irremisiblemente? Hoy ya nadie trata a un neoplasma con mercurio o salvarsán, ni siquiera como medicación de prueba; todos hemos visto la acción de látigo que se produce en el proceso de multiplicación celular, e instituir ese tratamiento es una verdadera herejía terapéutica.

He aquí, en dos campos de acción distintos (mental y trófico), dos procesos por completo diferentes en apariencia, en su modalidad funcional, teniendo, en cambio, mucho de parecido en su mecanismo fundamental, y que se comportan frente al tratamiento de una manera perfectamente semejante.

Al paralítico general que inyectábamos neo o salvarsán, a dosis pequeñísimas, medianas o grandes, *siempre, fatalmente siempre*, lo vimos empeorar, y la *débâcle* mental, y la física ulterior o concomitante, que arrastraba a la demencia pro-

---

(1) C. Stajano, "Cáncer vulvar", 1918.

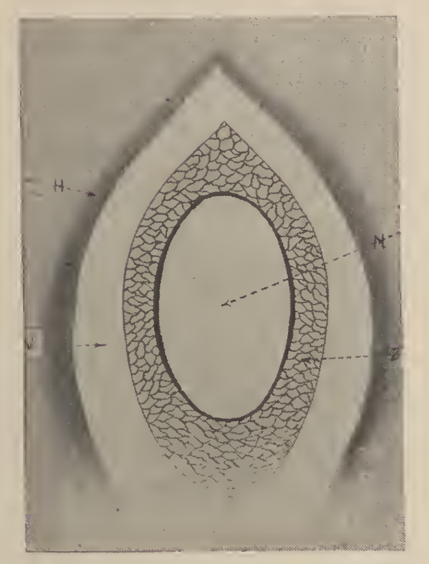
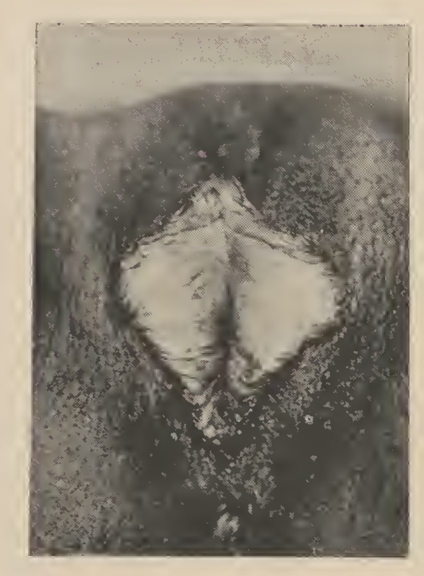
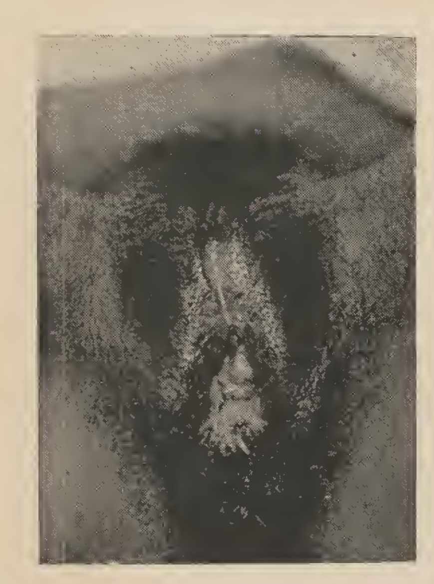


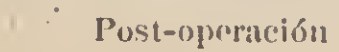
Fig. 1—H, Zona de hipercromía; V, vitiligo; Z, leucoplasia; N, mucosa vaginal normal.



Antes de operar

Figs. III y IV





Post-operación



Fig. II.—Trofopatía vulvar tipo (Vitiligo-leucoplasia) sindroma de asociación

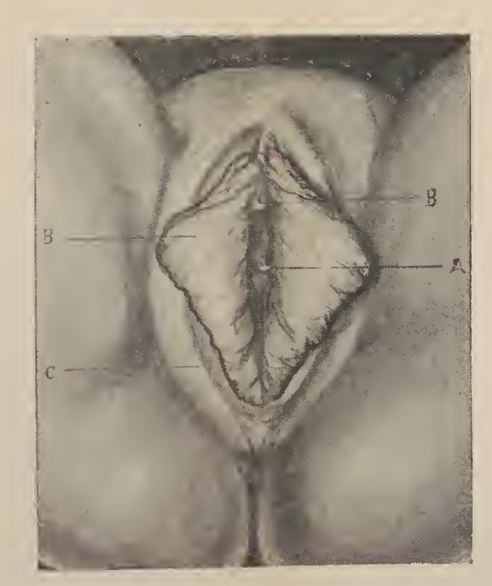


Fig. V—Esquemática.
Leucoplasia vulvar. Distribución nerviosa

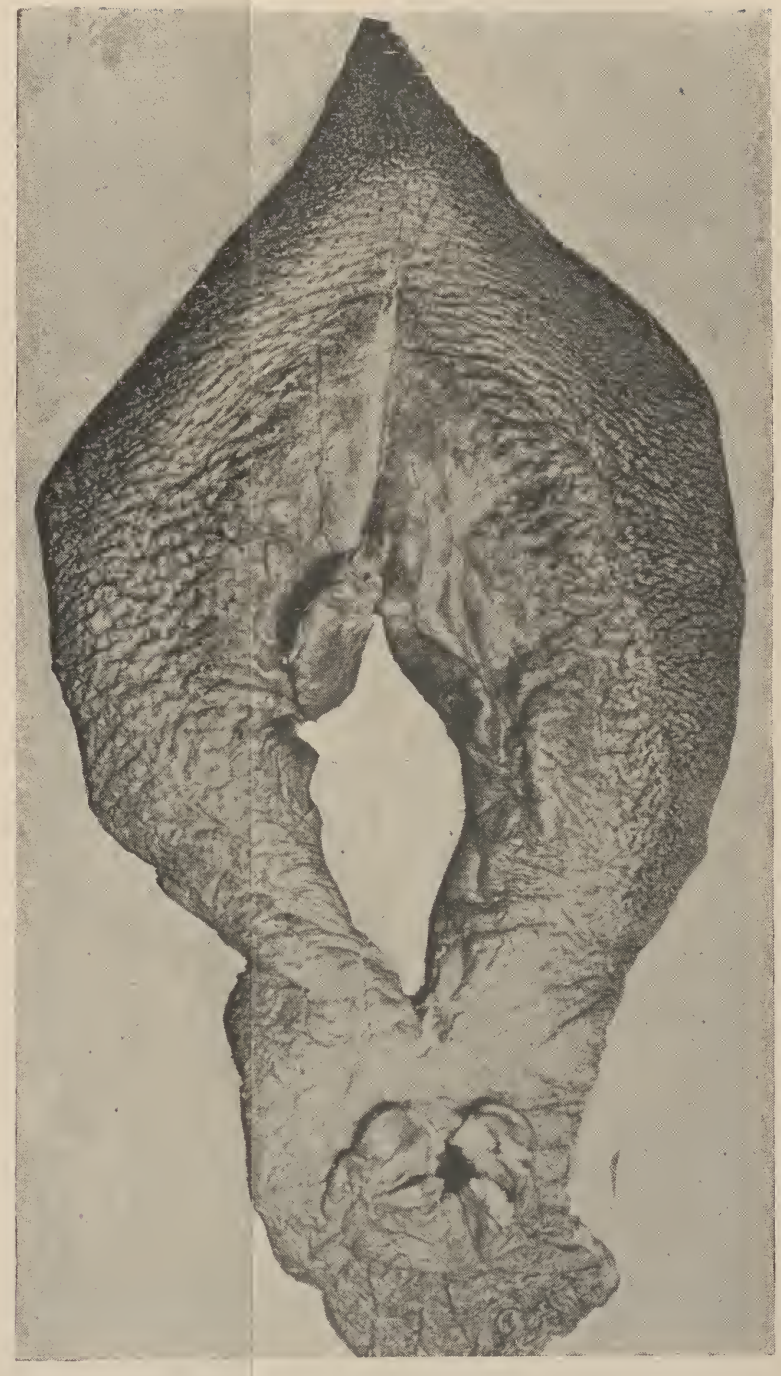


Fig. VI.—Proyección periférica del centro trófico vulvar (Sindroma de asociación)



Fig VII.—Proyección periférica del centro trófico vulvar (sindrome de asociación)





Fig. VIII y fig. IX.—Los eslabones del proceso distrófico—Sindroma de asociación y cáncer epitelial

gresiva, podíamos pronosticarla a breve plazo plazo sin temor de equivocarnos. No es un caso al azar el que nos hace hablar tan categóricamente; es todo el contingente de casos de parálisis general de la clínica psiquiátrica, el que nos formó criterio. El doctor Bernardo Etchepare, nuestro gran maestro, comprobó, descartando todas las causas de error, la agravación fatal en estos casos avanzados.

El sistema nervioso, agredido profundamente en su célula noble, escapa ya a la acción del tratamiento; hay una faz útil por todos conocida, pero hay un umbral límite en la evolución de las lesiones nerviosas, pasado el cual, el tratamiento no sólo no cura, sino que agrava fatalmente, aumentando el desconcierto general.

Ya sea la sífilis, dando una parálisis general y su ulterior demencia paralítica; ya sea la senilidad, dando el sindroma senil de demencia; ambas son, por dos procesos nocivos diferentes, parecidas en su esencia. Es la célula noble nerviosa la agredida, por toxinas o treponemas en un caso, por la usura y el desgaste de la involución anormal (esclerosis), en el otro; es por hoy, la lesión irremediable, que más vale contemplar que tratar.

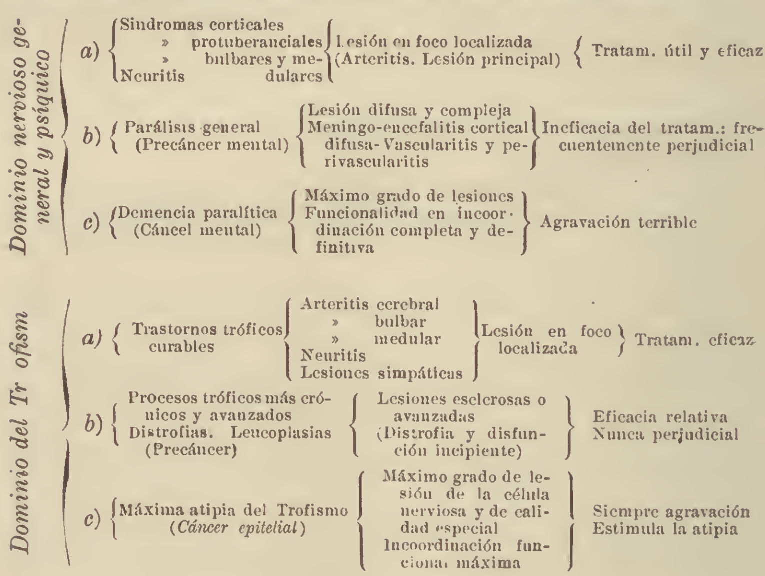
¿Y en el dominio trófico qué diremos? Exactamente lo mismo que en el dominio mental. Las lesiones en actividad, no intensamente destructivas todavía, serán influenciadas por el tratamiento conveniente.

De ahí las leucoplasias incipientes u otras distrofias, detenidas y hasta curadas por el mercurio o el salvarsán. Pero el tratamiento ni curará ni mejorará a las lesiones avanzadas, ya de esclerosis, o intensamente profundas de la célula nerviosa, y la leucoplasia o las otras distrofias que son su consecuencia, permanecerán inmutables a la acción del remedio. Hasta aquí la medicación es todavía o útil o indiferente. Pero, el cáncer que progresivamente y en etapa ulterior se desarrolla sobre esa placa leucoplásica, ¿por qué es de tal modo excitado si lo impregnamos de mercurio o salvarsán? No insistamos más; dejemos constancia del hecho, consignando la semejanza de dos evoluciones análogas en dominios nerviosos diferentes.

Psiquiatría — *Demencia = Cáncer mental.*
Patología externa — *Cáncer epitelial = Demencia trófica.*
(Agravación por la terapéutica medicamentosa activa)

Dirigimos al lector a los tratados de Psiquiatría, para que pueda apreciar todo el valor de esta semejanza, y a los mismos psiquiatras les pedimos que comparen en la clínica todo el período predemencial al período precanceroso (epitelial), y encontrarán, aún ahí, las semejanzas de dos procesos que no se prestan a duda alguna. Al lector profano en Psiquiatría le advertimos, para que no interprete malamente nuestro parangón, que la entidad clínica *demencia* debe ser considerada no como vulgarmente se concibe, sino en su verdadera acepción. Demencia es el desmoronamiento de la vida psíquica. Es la disfunción más completa y más definitiva de la actividad mental. Es la disolución psíquica.

Eficacia del Tratamiento específico, según el grado de intensidad y calidad de las lesiones, en la Sífilis nerviosa



Dominio nervioso general y psíquico	a)	Sindromas corticales; » protuberanciales; » bulbares y medulares; Neuritis	Lesión en foco localizada (Arteritis. Lesión principal)	Tratam. útil y eficaz
	b)	Parálisis general (Precáncer mental)	Lesión difusa y compleja. Meningo-encefalitis cortical difusa - Vascularitis y perivascularitis	Ineficacia del tratam.: frecuentemente perjudicial
	c)	Demencia paralítica (Cáncer mental)	Máximo grado de lesiones. Funcionalidad en incoordinación completa y definitiva	Agravación terrible
Dominio del Tr ofism	a)	Trastornos tróficos curables	Arteritis cerebral; » bulbar; » medular; Neuritis; Lesiones simpáticas — Lesión en foco localizada	Tratam. eficaz
	b)	Procesos tróficos más crónicos y avanzados. Distrofias. Leucoplasias (Precáncer)	Lesiones esclerosas o avanzadas (Distrofia y disfunción incipiente)	Eficacia relativa. Nunca perjudicial
	c)	Máxima atipia del Trofismo (*Cáncer epitelial*)	Máximo grado de lesión de la célula nerviosa y de calidad especial. Incoordinación funcional máxima	Siempre agravación. Estimula la atipia

Etiología múltiple de la leucoplasia. — Admitido el origen nervioso de la leucoplasia, y admitiendo también la participación importante que se le reserva a la sífilis en la etiología del proceso, no por eso creemos que sólo corresponde a esa enfermedad atacar a los elementos reguladores del trofismo, y por eso tendemos a admitir, como diversos casos nos lo hacen ver, que diversas infecciones severas pueden alterar la funcionalidad del centro trófico y damos importancia a la acción de la viruela, de ciertas localizaciones tubercu-

losas, etc., y de intoxicaciones endógenas o exógenas diversas en los antecedentes de estas enfermas.

Taras nerviosas. — Meiopragia funcional. — Predisposición mórbida. — Más aún: todos hemos tenido ocasión de ver todos los matices de meiopragia nerviosa en sujetos no sifilíticos, con su sangre y líquido céfalo-raquídeo normales, pero en los que se descubre a la sífilis actuando en sus ascendientes de manera inequívoca. Es en estos sujetos que vemos a la falla nerviosa manifestarse en distintas alturas de la vida, como recuerdo tardío de la sífilis paterna, y es en ese sistema nervioso tarado y vulnerable más de lo normal que vemos actuar nocivamente a toda la gama de factores, que en el sujeto íntegro, perfectamente organizado y sin taras, no provocan el menor desarreglo funcional. Como ejemplo citemos al agente traumatismo: el fumador de pipa carga sobre su labio inferior la boquilla caliente de su aparato; se quema algunas veces, se irrita el labio muchas otras, haciendo en algunos casos una leucoplasia primero y el cáncer después; otros ni siquiera tienen el menor trastorno local a pesar de traumatizarse más repetida e intensamente la región. Aquí, por lo pronto, vemos una diferencia clínica entre los dos tipos, caracterizada por la diferencia del terreno; predispuesto el uno, resistente el otro a la distrofia, a pesar del traumatismo.

Acción a distancia sobre el centro trófico. — El traumatismo periférico hace llegar al centro, por intermedio del nervio, el estímulo anormal ejercido en el área traumatizada. El sufrimiento del nervio es sentido por aquél, pero el poder normal de reparación de que está dotado, le permite resistir durante tiempo variable a esta solicitación periférica anormal, según sea su capacidad reaccional al desgaste que se le opone. Como consecuencia del traumatismo largamente persistente vemos en la clínica aparecer lesiones diversas, índice de un trofismo anormal, que progresivamente empeoran si el agente traumático sigue persistiendo, o están a tiempo aún de regresar, si se suprime la causa.

Ejemplo: Las ulceraciones dentarias del borde de la lengua. (Ulceración aguda, ulceración crónica, borde leucoplásico, cáncer epitelial). (He aquí la evolución clínica del proceso traumatizante, curable sólo hasta cierta altura de su evolución con la simple extirpación del diente). Exactamente el mismo raciocinio para todas las ulceraciones crónicas.

Ulceración cervical y cáncer del cuello uterino.

Úlcera gástrica y degeneración neoplásica.

Rectitis crónica y cáncer del recto, etc., etc.

Pero expongamos, para terminar, este último caso demostrativo que nos permite dar una prueba clínica de valor equivalente a un ensayo experimental, demostrándonos que al centro nervioso llega el sufrimiento del extremo distal de la neurona.

Traumatismo vulvar. — Hematoma. — Leucoplasia en placa. — Leucoplasia a distribución nerviosa.

Hace 5 años, en el último mes de su cuarto embarazo, al ponerse en cuclillas, sufre un traumatismo violento en la región vulvar, que fué motivo de un hematoma que tardó en curar varios meses. Pronto empieza a sentir un prurito localizado al área del traumatismo. Fué tratada infructuosamente un año (en Solís de Mataojo, doctor Pizon). Es vista luego por el doctor Delfino, que comprueba una leucoplasia vulvar localizada que progresa, y por eso nos la envía a Montevideo. En un año la leucoplasia se ha extendido y ocupa toda la cara interna de pequeños labios, capuchón clitorídeo-clítoris-vestíbulo, etc. (zona leucopiásica del esquema adjunto), terminada bruscamente del lado vaginal, por un límite neto y perfectamente regular, lo mismo en su límite externo. Hacemos tratamiento radical y con anestesia local practicamos vulvectomía hasta la zona sana. (Figura 3, a, b y c).

Hay algunos antecedentes interesantes.

Padre murió de la vejiga. Madre murió de **cáncer vulvar.**

Antecedentes personales. 4 hijos a 31, 35, 37 y 40 años respectivamente. Lactancia: 9 meses, un año, y al 4.º 4 años! Amenorrea de lactancia de 9 meses, un año y 2 años respectivamente.

El tercer hijo nació muerto; parto prematuro, 7 meses.

Al final de su primer embarazo tuvo esta señora una enfermedad pulmonar tratada. ¿Tuberculosis?

He aquí este interesante caso, que tiene para nosotros una significación demostrativa, de valor real por sí solo.

La pieza extirpada fué estudiada por el doctor Lasnier. Subdirector del Instituto de Anatomía Patológica, a pedido nuestro en que solicitábamos fuese estudiada la red nerviosa terminal de la región. El doctor Lasnier, después de un extenso informe, en que estudia las particularidades de la zona enferma, concluye: "El conjunto de alteraciones descriptas responde al tipo de las leucoplasias vulvares, con la particularidad de la perivascularitis y de la perineuritis vecina a las zonas homogéneas, lo que nos hace pensar en una posible relación íntima entre uno y otro proceso, pero sin poder afirmar, dado el rápido examen, si la inflamación causó

esos trastornos, o si la lesión conjuntival produce la reacción. — Lasnier. — Noviembre 22 de 1920".

Los eslabones clínicos del proceso distrófico en evolución. — En trabajos ya publicados, (1) llamamos la atención sobre una serie de procesos estudiados hasta ahora por separado, sin aparente relación entre sí, y catalogados de manera dispersa en capítulos de distintas especialidades (dermatología, cirugía, etc.).

Siempre guiados por la clínica bien seguida, hubimos de reunirlos en un capítulo único, por considerarlos a todos fruto de una patogenia común, y por ser etapas, en diversa época, de un mismo proceso evolutivo.

Es el centro trófico perturbado; ligeramente al principio, dando sindromas subjetivos, sin ninguna ostentación clínica objetiva, que en el correr del tiempo hace manifiesta su disfunción, presentando a nuestros ojos toda la graduación de lesiones distróficas, hasta culminar en el cáncer epitelial.

Prurito esencial de la vulva. — Es con abundante material clínico como base, que nuestra convicción se hace profunda respecto al origen nervioso de este sindroma y de los que lo continúan.

No es con meses, generalmente, que se cuentan las etapas sucesivas del proceso distrófico en marcha. Es en el largo correr del tiempo, a ocasión de exámenes sucesivos, que los eslabones del proceso en evolución pueden ser hilvanados, y nunca agradeceremos lo bastante a nuestro profesor el doctor Pouey, el que nos haya mecanizado en la costumbre de recoger y archivar las observaciones completas de todas las enfermas estudiadas. He aquí uno de los frutos recogidos, después de tan ardua tarea. Daré un esquema de lo encontrado, sin especificar caso clínico. Una enferma consulta a su médico por un prurito vulvar que la atormenta; éste la examina y no encuentra motivo alguno que explique ese sindroma. Examen de orina, no da nada; el examen interno da un aparato genital normal, sin secreciones, sin anomalías. La etiqueta de esencial se asoma a la mente del médico, y el diagnóstico se formula, con toda la tranquilidad de un deber cumplido, aunque ignorantemente. ¿Qué tratamiento se le aconseja a nuestra enferma? Con una base por completo empírica, se le aconseja cualquier cosa. (Baños de asiento, lociones, pomadas, etc.). Es menester hacer terapéutica, y se hace algo que si no hace bien, no hace mal.

(1) C. Stajano, "El precáncer vulvar".

A nuestra enferma, fatalmente, la vamos a ver recorrer las fases sucesivas del proceso ya iniciado, y volverá al examen médico con su prurito vulvar que no la ha abandonado, contándonos los períodos de calma transitoria o de exacerbación a ocasión de los distintos momentos del ciclo menstrual.

El sufrimiento físico real lleva insensiblemente a la depresión, al agotamiento, al estado moral anormal, al nervosismo, y nuestra enferma cambia ahora de etiqueta en nuestras notas y lleva al salir del consultorio el *diagnóstico* de: Prurito esencial y de neuropatía. El tratamiento se complica con los tónicos nerviosos, perfectamente indicados, y el prurito esencial se empieza a atribuir erróneamente a la neuropatía. ¡Pobres neurópatas, catalogados injustamente con tanta frecuencia!

Llega un momento en que, fatalmente, no sabemos a qué medio recurrir para aliviar a nuestra enferma y empieza el médico a huir de las preguntas que no tienen respuesta, dentro de su bagaje de conocimientos adquiridos. Otros clínicos, ávidos de encontrar lesiones objetivas, tumorales o inflamatorias que expliquen el sindroma, al no encontrarlas llegan a negar a la misma enferma la posibilidad de su sufrimiento, y la catalogan de primera intención de nerviosa, neurópata, etc., no concibiendo en la vulva una manifestación subjetiva sin lesión. ¿Acaso el que sufre una neuralgia necesita ostentar una manifestación externa, para que el médico la trate?

Es ya, ese prurito esencial, el síntoma de la vanguardia de todos los fenómenos tróficos subsiguientes: es él, ya. la manifestación subjetiva de un trastorno trófico real, que se opera en la intimidad de los tejidos; es él el grito de sufrimiento de las terminaciones nerviosas, en un medio de tortura nutritiva. La topografía de la zona pruriginosa se superpone a la topografía descripta como de proyección externa del centro trófico vulvar.

Dejemos pasar el tiempo y empezarán a manifestarse objetivamente las lesiones tróficas que suceden al prurito *antes esencial.*

La piel sana pero pruriginosa de un principio aparece al tiempo con señales de hipotrofismo evidente. La piel se hace seca; su color rosado pálido se convierte en morado y mal nutrido; los pliegues blandos se convierten en poco elásticos y la suavidad de la piel lisa se torna en áspera y rugosa, tomando un aspecto graneado especial, que lo hemos comparado al "pantazote de los tapiceros".

En grado mayor de alteración y al tiempo, se ven acentuar

los trastornos, y los fenómenos de hiperkeratosis y de liquenificación preceden a la leucoplasia en placa, diseminada aquí y allá en el territorio vulvar, que sigue siendo en toda su extensión intensamente pruriginoso.

Es frecuente ver en profundidad lesiones del dermis; y el eczema crónico de la vulva, y el herpes recidivante también *esencial*, son la continuación del proceso de disfunción del centro. Hemos visto esas lesiones en muchos casos de involución senil anormal o precoz del aparato genital, y tanto el prurito esencial, como el liquen, el eczema crónico o el herpes que lo han continuado, se han presentado como afecciones satélites de las vulvas hipotróficas o en anormal involución.

Pasan los años, y la enferma, que se había desviado de nosotros, vuelve otra vez, con un sindroma, ya de asociación de distrofias como los descriptos, ya con una leucoplasia vulvar diseminada uniformemente en toda la vulva, y que atormentada por el prurito pide que se le extirpe la región. Se procede a la vulvectomía radical, y, por fin, después de muchos años, nuestra enferma se repone y vuelve a la salud.

He aquí el caso favorable en que el médico ha hecho obra útil y ha podido hacer profilaxis de una afección que más tarde hubiese sido nefasta para la enferma, si se hubiese abandonado a su propia evolución, como en muchísimos casos lo hemos visto.

Es, este último, el caso de las enfermas que no han llegado a tiempo; ya porque no han consultado por su prurito pertinaz, datando de muchos años (varios casos), (1) ya por pudor, y es cuando una pequeña ulceración las alarma que corren presurosas pero tardíamente a la consulta, en que se comprueba el epitelioma, que se ha desarrollado paulatinamente, terminando una larga historia de decadencia neurotrófica.

No insistiremos, pues ya lo hemos hecho, demostrando con profusión de casos clínicos *(podemos hoy presentar 55 casos de precáncer vulvar, con su evolución completa hasta el epitelioma)*, (2) toda la etapa evolutiva del largo proceso distrófico, y las causas de orden general que la determinan: trastornos glandulares, menopausa patológica, senilidad anormal, etc., etc.

(1) C. Stajano, "Cáncer vulvar".
(2) Ibídem, "Precáncer vulvar".

Es toda la región vulvar, con la topografía descripta anteriormente, la que en totalidad está enferma, y, como prueba de ello, podemos citar varios casos, en los cuales se ha sorprendido una placa leucoplásica aislada, incipiente. Si el cirujano ha extirpado a bisturí sólo esa pequeña zona, bien podemos pronosticar que en el correr del tiempo, esta enferma volverá, ya con una nueva placa de leucoplasia aislada, dentro de la zona topográfica propia a la región, ya con una leucoplasia difusa y extendida a toda la proyección del área de la cual hemos insistido, y entonces la vulvectomía total será la única operación que la protegerá de la continuación del proceso. No insistiremos tampoco sobre la eficacia del Radium y Rayos X en la curación de las lesiones precancerosas (leucoplasias, eczemas crónicos, pruritos, etc.). Cómo actúan y qué influencias despiertan, ya lo hemos comentado en otro trabajo.

Para terminar, resumamos esquemáticamente el largo proceso distrófico, como un drama:

Prólogo: PRURITO ESENCIAL

Diversos actos en distintas épocas. (En un fondo hipotrófico y en involución anormal). Cornificación. Liquen. Eczema crónico rebelde. Herpes recidivante. Placas diseminadas de leucoplasia. Leucoplasias topográficas regionales perfectas, a veces asociadas al vitiligo (frecuente). Sindroma de asociación.

Epílogo: CÁNCER EPITELIAL

***

CASUISTICA

Caso N.º 1. — Enferma 4691. Tiene 37 años. Ingresa a la sala Santa Rosa con una infección crónica de su aparato genital. Ovarios esclerosos, adheridos (comprobado en el acto operatorio). (Wassermann H8). (1) Orina normal. En el curso del examen vulvar se

(1) Hace 25 años contrajo sífilis. Fué tratada entonces malamente y por poco tiempo, con mercurio y yoduro. Se rehusa a que se le haga punción lumbar.

comprueba un sindrome del tipo descripto, en su primera faz de desarrollo. Es una enferma con ovarios insuficientes. (Menstruaciones irregulares, no constantes, dolorosas, escasas. Siente prurito con intermitencias).

Caso N.º 2. — Enferma que el doctor Bottaro tuvo la amabilidad de mandarnos de la Policlínica. Hace 10 años fué operada. (Histerectomía total. Anexectomía doble). Durante 8 años la enferma siente su falta de ovarios. (Tufaradas, cefalalgias, etc.). Hace 2 años se inicia un prurito vulvar que aumenta progresivamente, haciéndose terriblemente molesto, sobre todo de noche. Toma ovarina y se le hace actinoterapia. Mejora algo el prurito, pero se dibuja progresivamente la lesión distrófica con idénticos caracteres a los descriptos.

Caso N.º 3.—Segunda enferma que el doctor Bottaro nos envía de la Policlínica. Idéntica lesión, completamente desarrollada. La leucoplasia intensamente pruriginosa fué tratada con Rayos X. La enferma presenta una radiodermitis intensa con fenómenos tróficos marcados. (Vesículas, costras, piel roja eritematosa). Esta enferma tiene 50 años. Tuvo tres hijos a término y un aborto. Tiene un desgarro completo del periné a consecuencia de su primer parto y siente molestias por esa causa hasta hoy, a pesar de haber sido operada ya dos veces por su prolapso. Sufre de prurito vulvar hace muchos años. Se rehusa a hacerse punción lumbar.

Caso N.º 4.—Enferma con una atresia vaginal a consecuencia de una viruela que tuvo a la edad de 20 años. Tiene actualmente 39 y presenta esbozada la trofopatía vulvar descripta. Vulvectomía.

Prurito vulvar desde hace 2 años; aumentando de noche cuando se acuesta. Catalogado entonces como prurito esencial.

Caso N.º 5. — Exp. 1664. ¡35 años! El padre sifilítico. ¿Madre? Ella tuvo 7 embarazos. Crió a todos sus hijos. Sufrió de neuralgias pélvicas y ciática. El practicante M. Rinaldi hace un dibujo de la lesión, que es idéntico a los anteriores. Leucoplasia, vitiligo, hipercromía, en áreas bien delimitadas y separadas unas de otras por límites netos y completamente regulares.

Tiene prurito desde los 33 años.

Caso N.º 6.—Exp. 1737. Tiene 58 años. Tuvo 13 hijos y 2 abortos. Crió a los 7. Ingresa por prurito intenso. Se trata como afección precancerosa y se hace la extirpación en block. Vulvectomía. Operada por el doctor Pouey. La pieza por sí sola es demostrativa. (Ver fig. 1).

Caso N.º 7.—4749. Vitiligo simple y preleucoplasia. Prurito vulvar. **Distribución curiosa.** Esta enferma, de 46 años, con un pasado de muchos años de blenorragia cervical, operada hace ocho años **(vaciamiento conoideo, doctor Pouey)**, con 6 embarazos y lactancias normales. Dos abortos, Wassermann H8; siente hace 4 años un prurito que se hace intolerable de noche en la cama, y desde que su menstruación se hace cada vez más escasa, hace 5 meses, la picazón es insufrible. Al examen se ve un vitiligo que tiene de curio-

so la distribución descripta en los casos anteriores, pero termina bruscamente por una línea horizontal al nivel del tercio superior de la vulva (vista de frente). Pequeños labios sobre todo en el tercio superior y capuchón clitorídeo, con ligero edema duro y pequeñas erosiones superficiales. Vitiligo de esa zona, pruriginoso, y, en su fondo blanquizco se notan manchas negras que le dan un aspecto atigrado.

Se dibujan placas de leucoplasia en los pequeños labios (cara interna).

Caso N.º 8. — Trofopatía mixta. Distribución nerviosa. Cáncer epitelial. — Este nuevo caso es de una significación singularísima, pues nos presenta una distrofia mucocutánea del tipo anteriormente descripto, y un cáncer epitelial como último eslabón de ese largo proceso distrófico. Vitiligo externamente en la forma de huso y con una distribución regularmente dibujada. En un círculo más concéntrico y más interno, pero con un límite también muy regular de separación, aparece la zona leucoplásica, dura, brillante, mal nutrida, y en el tercio inferior del pequeño labio derecho evoluciona por transición gradual un cáncer epitelial del tipo malpighiano, sobre el piso leucoplásico. (Ver fig. 4). (Examen histológico. Bachiller Sáenz).

Este caso, por sí solo, demuestra la verdad de algunas de las conclusiones con que terminamos nuestro trabajo sobre el "Precáncer vulvar", pues no sólo vemos evolucionar el cáncer epitelial sobre una leucoplasia, sino que ésta denota a las claras su origen neurotrófico, por su distribución topográfica y, además, por la del vitiligo que la rodea, que ayuda a convencer que no es el azar el que distribuye estas distrofias, como no es el azar tampoco el que ha distribuído en la misma forma, en el mismo orden y con la misma regularidad, las formaciones anteriormente descriptas.

Por otra parte, este nuevo caso tiene interés, pues el rol de los numerosos embarazos y prolongadas lactancias no deja de contribuir, por su parte, en la etiología de este curioso proceso, como lo hicimos notar en un trabajo anterior. Tuvo 13 hijos y los crió a todos. Amenorrea de lactancia (1 año para cada hijo) W. H[8]. Su madre murió de cáncer a la garganta? Histológicamente es interesante ver la transición insensible de la formación epitelial leucoplásica a la parte epitelial atípica de la neoformación. Epitelio malpighiano neoformado. Cebolletas epiteliales.

Caso N.º 9. — (Ver figura 5). Este segundo caso, demostrativo como el anterior en el mismo sentido, nos muestra el vitiligo en la zona que corresponde, la leucoplasia íntimamente colocada, y

sobre ella, en el labio menor izquierdo, el cáncer epitelial. Su historia de prurito vulvar se remonta a cuatro años, y la enferma lo atribuía al calor. Esta hace notar que sus accesos pruriginosos coincidían con el premenstruo, aliviándose al iniciarse el corrimiento sanguíneo. En estos últimos tres meses el prurito es ardoroso, especialmente en el clítoris; el contacto de la orina le produce ardores agudísimos. Fué operada de litiasis biliar hace 3 años. Tuvo 6 embarazos normales. Tiene hoy 53 años. Menopausa a los 52 años. Wassermann H8. Todos sus hijos murieron en los primeros meses!!... Operada vulvectomía amplia, y vaciamiento inguino-crural bilateral. (Cáncer de la variedad marginal).

Caso N.º 10. Causalgia pélvica. — Prurito vaginal. — Exp. 3852. Edad 38 años. Esta enferma ingresa al Servicio del doctor Pouey en febrero de 1919. Desde hace aproximadamente ocho meses empieza a sufrir progresivamente, sin lograr nunca el alivio. Lo primero que sintió fueron unos ardores en la vagina, y últimamente, desde hace un mes, alterna la sensación de ardor con la de prurito intenso, no pudiendo descansar por lo aguda y molesta que es la sensación. Examen ginecológico hecho por el doctor Pou Orfila. Vulva de aspecto y forma normales; algo humedecida; ligera irritación de los grandes y pequeños labios. Expresión uretral negativa. Cuello uterino sin anomalías. Orificio externo de nulípara y sin secreción anormal. Cuerpo en retroversión, móvil, tamaño y forma normales. **Fondos de saco, blandos, normales.** Vagina, aspecto normal. Wassermann H8. Examen de secreciones normal. Bacilos Gram+y—, sin pus.

Diagnóstico: ¿Prurito vaginal de causa?

He aquí la terapéutica instituída desde el 5 de febrero hasta el 21 de abril, toda ella infructuosa: 1.º Dos aplicaciones de rayos X; 10 de febrero, 5 de marzo **(sin resultado).**

2.º Taponamiento vaginal, separando las superficies en contacto. (Simple con gasa, con pomadas fenicadas, con pomadas cocainadas, gasa yodoformada). (Sin resultado).

3.º Se habla de neuropatía, pues la enferma se agota día a día, no duerme, está inapetente, sufre verdaderamente de manera intensa, y su estado mental de hipocondría se acentúa progresivamente. Pretendemos ver en el estado general de la enferma un cierto distiroidismo (pulso, facies, nervosismo, temblor, alternando con períodos de aplastamiento, friolencia, etc., alrededor del período menstrual, que se presenta con menorragias abundantes y durándole de 6 a 9 días). Instituímos opoterapia tiroidea y ovárica. **(Sin resultado).**

Es instituído, a pesar de todo, el tratamiento específico.

4.º Con una concepción teórica, hago una gran inyección de novocaína muy diluída en suero, e infiltro las dos fosas isquiorectales y la concavidad presacra. Ligera mejoría durante unas horas, pero fué fugaz, como en los otros casos. (Sin resultado). Igualmente con una inyección epidural.

5.º El doctor Pouey intenta hacer un decolamiento vaginal, del tipo vulgar en las perineorrafias plásticas, con la intención de destruir conexiones nerviosas, y también para obrar por sugestión. Este tratamiento, como todos los demás, fué infructuoso.

En plena derrota, a pesar del empeño de todos los que intervinieron, se hizo fuerte el diagnóstico de neuropatía, y con todo pesar se traslada a esta enferma al Hospital Vilardebó, el 21 de abril de 1919.

He aquí un prurito esencial, que pudo más que todos nuestros medios de tratamiento; ¿acaso tratamos a esta enferma de manera racional, o fué un tratamiento empírico, sintomático, y sin saber a dónde íbamos? La prueba de ello es que en plena derrota, disimulamos nuestro poco saber, formulando un diagnóstico, que si bien no pudo ser modificado en el Hospital Vilardebó (neuropatía), puesto que fué aceptado, nosotros presenciamos el desarrollo de ese estado mental y podemos decir que fué secundario al sufrimiento real, que no curamos, y no primitivo. Busqué después infructuosamente en diversos hospitales a esta enferma, sin poder conseguirlo. ¿Cuál fué su evolución ulterior?

Por otra parte, este caso interesa, pues la topografía del prurito no invadía para nada la región vulvar; terminaba bruscamente en el anillo himeneal. He aquí, en sentido inverso, una topografía diferente a la que anotamos en la región vulvar. (Diversas fuentes de trofismo).

Encaramos, por el momento, la faz nerviosa únicamente, con el fin de ser didácticos, pues ya veremos cómo el sistema nervioso no rige su funcionamiento, ni entretiene su tonalidad, mediante sus propias fuerzas, sino que es estimulado o inhibido, por determinadas sustancias que lo influencian continuamente, y caracterizan su modalidad funcional en cada momento de la vida. De ahí el rol de la edad, del medio humoral interno, de las enfermedades generales, etc. Con casuística abundante, como base, hablaremos de la influencia humoral sobre los centros tróficos. La hormona ovárica y el centro trófico de la región vulvar. Factor glandular tónico nervioso.

Comentarios a la ley sobre la creación de leproserías en la República del Paraguay desde el punto de vista de la defensa social.

Ley para aislar a los leprosos en el Paraguay (1)
Su alcance y su importancia

POR EL DR. PEDRO L. BARBOSA
Delegado oficial del Excmo. Gobierno del Paraguay
Médico de la Universidad de Ginebra (Suiza)

La República del Paraguay, cuya representación oficial tengo el alto honor de ostentar ante este Excmo. Congreso de Dermatología y Sifilografía, ha pensado en la penosa situación creada a los leprosos por esta terrible enfermedad.

En 1918, el señor Director General del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública de Asunción, doctor don Andrés Barbero, presentó al Honorable Congreso de la Nación un proyecto de ley, por el cual creaba *leproserías* en el país, con el objeto de obtener el aislamiento forzoso de los enfermos.

No transcribo dicho proyecto de ley a causa de su extensión, deseando distraer lo menos posible la atención de esta docta asamblea. Diré solamente que la idea que inspiró al proyectista era, como queda dicho, la de crear leproserías en el Paraguay para aislar a los enfermos de lepra.

Dicho proyecto fué defendido en el seno del Honorable Congreso Paraguayo por el señor Senador doctor Eduardo López Moreira, actual Presidente de la Sociedad Médica del Paraguay, en una brillante exposición que hizo en aquella oportunidad sobre este punto.

En dicha exposición se decía, entre otras cosas, la necesidad de inculcar y convencer a los enfermos de lepra de los beneficios que obtendrían aceptando su admisión en las leproserías, porque, naturalmente, la idea del aislamiento llena de inquietud a los desgraciados enfermos.

---

(1) El texto de la ley se encontrará a continuación de esta comunicación.

Para defender la salud pública de los avances de la lepra, y en vista de las exposiciones hechas al Poder Legislativo de mi país sobre la necesidad de crear las leproserías, aquel alto Cuerpo decidió aceptar el proyecto, el cual fué sancionado como ley. Con este motivo se recibieron en Asunción las felicitaciones de distinguidos médicos de Buenos Aires y Río de Janeiro, y la revista "La Semana Médica", de Buenos Aires, se ocupó elogiosamente de esta ley.

Comentarios que se desprenden de este hecho

La importancia que se deduce de esta forma de buscar el aislamiento del enfermo, es un hecho innegable.

Gracias a él, se obtendrá la disminución de la propagación del mal en mi país, ya que, a pesar de las ideas de Zambaco Pachá, creo, con Jeanselme, que una de las formas de trasmisión de la lepra es el contagio directo de individuo a individuo.

El profesor Neisser emitió esta idea del contagio directo, siendo ella aceptada como conclusión de la Conferencia de Berlín sobre la Lepra, en el año 1896.

Según Neisser, la propagación de la lepra tiene lugar de hombre a hombre. "El individuo sano se vuelve leproso, solamente por contacto con un leproso". "La lepra debe clasificarse entre las enfermedades infecto-contagiosas". "Para combatírsela se debe evitar la trasmisión del germen, del individuo leproso al individuo sano".

El enfermo de lepra puede, pues, trasmitir su enfermedad a una persona sana que se le aproxima.

La mucosa nasal es un camino de difusión muy importante. "La sangre de las epixtasis iniciales, como el muco-pus de la coriza crónica, encierra un número considerable de bacilos de Hansen".

Las secreciones conjuntivales, las de la vagina y de la uretra, pueden contener bacilos de Hansen. Estas secreciones esparcen en su alrededor los gérmenes de la enfermedad.

Naturalmente se debe de reconocer que la predisposición familiar, que da a la lepra el carácter de hereditaria, es también un factor importante de trasmisión de la enfermedad.

Al aceptar la importancia de las leproserías, como medio de profilaxis social, se busca evitar la propagación de la lepra por medio del aislamiento del enfermo. En Noruega se le aísla, apenas se le conoce.

Este sistema tiene su importancia social. Tan es así, que

se han adoptado estas disposiciones en Madagascar, en las islas Hawai, en Birmania, en Cochinchina, en la isla de Chipre, en las Guayanas Francesas e Inglesas, en la Nueva Caledonia, en Colombia, en las Indias Neerlandesas, en el Japón, en las Islas Filipinas, en la Indochina Francesa, en la India Inglesa, etc., para no citar sino los puntos más cruelmente atacados por la lepra.

Objeciones al sistema de leproserías

Como toda idea, ésta que dejo expresada tuvo y tiene sus impugnadores.

Una de las razones en que se apoyan los que no son partidarios de las leproserías, es que, dicen, fomentan la holgazanería.

Existen ciertas razas para quienes el trabajo es una pena, que desearían evitar a trueque de sacrificios voluntarios degradantes.

Así, por ejemplo, en el continente australiano, los indígenas se prestaron a contraer voluntariamente la lepra, para ser internados en el *Settlement,* que así se llama el establecimiento donde están aislados los enfermos de lepra y donde pueden vivir sin trabajar.

El doctor Meyer cuenta que vió a unos indígenas australianos comiendo en el mismo plato con un leproso de una forma tuberculosa en el período de ulceración.

Todos, dice el testigo, hundían sus dedos sucios en la pasta que les servían de alimento. Este médico, al interrogar a uno de ellos, obtuvo la siguiente respuesta:

—¿Usted llama a esto mala enfermedad? Yo digo que, al contrario, es muy buena. Si yo la tomo: y bueno, ¿qué me pasará? Me llevarán al *Settlement*, y allí comeré y no trabajaré más.

El doctor Swift, médico de uno de esos Leprocomios que menciono, se expresa en estos términos, hablando de los "*kokuas* (los "kokuas" son los indígenas, no leprosos, que acompañan en carácter de enfermeros a los leprosos aislados en el *Settlement):*

"Yo he podido encontrar 25 "kokuas" que se sometieron voluntariamente a la inoculación de los bacilos de Hansen, con el objeto de contraer la enfermedad, para gozar así del privilegio de recibir la ración alimenticia correspondiente a los enfermos leprosos.

Estos ejemplos inquietantes dan algo que pensar.

Pero es muy probable que los que aceptan semejante mutilación de la personalidad física y moral, no deben existir sino en ínfima minoría, y probablemente también en razas aún vírgenes de los beneficios de la civilización actual.

CONCLUSIÓN

Las consideraciones expresadas en esta breve exposición, me llevan a la conclusión de sostener la idea del aislamiento forzoso del enfermo, en establecimientos especiales, donde recibirán la atención debida a su desgraciada condición.

"La organización de colonias agrícolas de leprosos les colocan en inmejorables condiciones para evitar los progresos de la enfermedad y también para hacerles más llevadera la vida".

"Si los leprosos están abandonados, concentran todos sus pensamientos en sus desgracias, y muchos de ellos se abisman en la más profunda melancolía". La holgazanería ataca el psiquismo.

El trabajo despierta la moral, ilumina la vida, y, con su efecto bienhechor sobre el alma. hasta hace olvidar por un momento la triste condición del hombre enfermo.

Ya que la naturaleza ha despojado al leproso de los encantos que a veces da la vida al hombre, que venga entonces, mas no sea sino un minuto. ese olvido, para echar una bruma densa sobre el fondo oscuro de la triste realidad. ¡Y ese olvido del dolor nacerá con el trabajo!

Texto de la ley N.º 515, que declara obligatorio el aislamiento y tratamiento de los enfermos de Lepra en el Paraguay.

Leida por el doctor Víctor Idoyaga

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Paraguaya, reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de

LEY

Artículo 1.º Declárase obligatorio el aislamiento y tratamiento, hasta su curación, de todos los enfermos atacados de lepra.

El aislamiento y tratamiento se efectuarán:

a) En el domicilio de los enfermos, cuando éstos se sometan en un todo a las prescripciones profilácticas dictadas por las autoridades sanitarias y bajo su contralor, a expensa de aquéllos.
b) En establecimientos especiales destinados al efecto, cuando el enfermo carezca de la voluntad o de los medios de hacer efectivos en su domicilio el tratamiento y las medidas profilácticas. (Estas son las *Leproserías* o *Leprocomios* de que habla la tesis precedente).

Art. 2.° El Poder Ejecutivo procederá a la creación de los establecimientos especialmente destinados a la asistencia de los enfermos de lepra, a que se refiere el artículo 1.°, entre los cuales, uno o más tipo Colonias y un Instituto Dermatológico, cuyas ubicaciones serán determinadas por la autoridad sanitaria. Estos establecimientos estarán bajo la dependencia técnica y administrativa del Departamento Nacional de Higiene, pudiendo cooperar con él Comisiones de Beneficencia. (Leproserías o Leprocomios).

Art. 3.° Declárase obligatoria la denuncia, dentro de las veinticuatro horas en la Capital y demás ciudades, y de ocho días en la campaña, de los casos de lepra o sospechosos al Departamento Nacional de Higiene o a la autoridad que lo represente en las ciudades o partidos de campaña. Esta obligación comprende al médico que asista al enfermo, a los autorizados a ejercer el arte de curar, a los directores de escuelas respecto a los alumnos, a los patrones de buques o encargados, a los jefes de todo establecimiento o casa en que viva o trabaje una persona atacada de lepra o sospechosos, a los jefes de fuerzas militares, a los Jefes Políticos y a los Jueces de Paz.

La afirmación de lepra en cada individuo debe ser declarada por el Instituto Dermatológico, previas las investigaciones bacteriológicas correspondientes. Las personas sospechosas de padecer la infección deben ser sometidas a una observación que no durará más de cinco años, contados desde el día de la última sospecha de infección. La observación consistirá en que el médico del Instituto haga, de tiempo en tiempo, las investigaciones necesarias que establezcan el estado de salud de las personas sospechosas.

A los efectos de esta disposición, se establecen dos categorías:

1.ª Las personas sospechosas de padecer la enfermedad con manifestaciones dudosas;

2.ª Las personas sospechosas de infección por convivencia con leprosos, etc.

La corroboración de la afección de que padece un enfermo de lepra, se comprobará por el Instituto Dermatológico.

Art. 4.° A los enfermos de lepra queda prohibido el ejercicio de profesiones que puedan ocasionar el contagio de su mal. Entre ellas se comprende las de panadero, fidelero, lechero, carnicero, hotelero, cocinero, almacenero, peluquero, nodriza, partera, médico, farmacéutico, dentista, masajista y otras que podrán ser incorporadas por el Decreto reglamentario.

Art. 5.° Queda prohibido la entrada al país de todo extranjero atacado de lepra o sospechoso, y los capitanes o patrones de las embarcaciones u otros medios de transportes que los conduzcan, están obligados a reconducirlos a sus expensas fuera del territorio nacional, así como la desinfección del medio de transporte.

Art. 6.° El propietario o encargado que alquile una casa o habitación en que haya vivido o fallecido un enfermo de lepra o personas sometidas a observación del Instituto, sin que antes hayan sido desinfectadas por la autoridad sanitaria, serán castigados con una multa de 500 a 2,000 pesos moneda legal nacional y se les obligará a la desinfección a su costa.

Art. 7.° El que difunda su enfermedad o trasmita o intente trasmitirla a persona determinada, será internado en el leprocomio, sin perjuicio de las demás penas que establece la ley.

Art. 8.° Los encargados del Registro Civil en la campaña darán aviso al Departamento Nacional de Higiene de todo certificado de defunción ocasionada por lepra, con especificación del nombre y domicilio.

Art. 9.° Los infractores de los artículos 3.°, 4.°, 5.° y 7.° de esta ley, serán penados con una multa de 500 a 2,000 pesos.

Art. 10. Las multas serán aplicadas por el Departamento Nacional de Higiene y su producido se destinará a las reparticiones de leprosos. El procedimiento se sujetará a lo prescripto por los artículos 63, 64, 65, 66, 67, 68 y 69 de la ley N.° 153 del 15 de septiembre de 1915.

Art. 11. La policía prestará su concurso a la autoridad sa-

nitaria toda vez que fuera requerida para el cumplimiento de esta ley.

Art. 12. El Ministerio de Instrucción Pública dispondrá que las nociones científicas, respecto al contagio y profilaxis, figuren en la enseñanza que se imparte en los colegios y escuelas en cuyos departamentos existe la enfermedad.

Art. 13. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Honorable Congreso Legislativo, a los veintitrés días del mes de octubre de mil novecientos diez y ocho.

(Firmado): JOSÉ P. MONTERO, Presidente del H. Senado — *Rodolfo Fernández*, Secretario — JOSÉ P. GUGGIARI, Presidente de la C. de D.D. — *Manuel Giménez*, Secretario.

Asunción, 30 de octubre de 1918.

Téngase por ley, comuníquese, publíquese y dése al Registro Oficial.

(Firmado): FRANCO — *Luis A. Riart.*

Es copia.

(Firmado): *Junio Quinto Godoy*, Secretario.

Hay un sello que dice: República del Paraguay. — Ministerio del Interior. — Secretaría.

Notas sobre lepra

PELO DR. FERNANDO TERRA (do Rio de Janeiro)

Com a remodelação do serviço de Hygiene Publica no Brasil, a qual passou a denominar-se Departamento Nacional de Saúde Publica, creou-se a Inspectoria de prophylaxia das doenças venereas, e da lepra, a que está affecta a tarefa de dar combate a essas doenças em todo o territorio da Republica,

achando-se já esse serviço em grande parte organisado na cidade do Rio de Janeiro. Em relação á lepra, que é o que mais interessa neste momento, tornou-se obrigatoria a notificação de modo que estamos hoje um tanto apparelhados para se fazer um calculo approximado da frequencia da doença entre nós. Em 1918, por occasião de reunir-se o 1.º Congresso de Dermatologia e Syphilographia, na capital da Republica, tivemos occasião de fazer uma estatistica dos leprosos ahi existentes, baseando-nos em dados colhidos nos registros dos ambulatorios, no Hospital dos Lazaros, e nos informes dos clinicos, principalmente dos que se dedicam á especialidade das doenças da pelle, e chegamos á conclusão de que o maximo de casos ahi existentes era de 450 a 500, para uma população de mais de um milhão de habitantes.

Entretanto forçoso é confessar que d'esse numero tal vez dois terços são de individuos não residentes propriamente na cidade, más que vêm do interior em busca de tratamento, para se internarem na leprosaria ou para consultarem os especialistas. Em cerca de 10 mezes de funccionamento do serviço de notificação o numero alcançado de denuncia faz prevêr que era certo o calculo a que, com tanto trabalho, tinhamos chegado. E esse numero mantem-se estacionario, porque a retirada de uns e o fallecimento de outros são compensados por novos doentes, que, attrahidos pela perspectiva de cura, affluem para esta cidade. Não se tem descurado entre nós do problema de assistencia aos leprosos, que, em *magna pars*, é o isolamento, pois desde tempos remotos existem azylos ou leprosarias, (onde são recolhidos gratuitamente), em varios pontos do territorio, os mais assolados pela doença. É assim que se encontram, desde muito, leprosarias em S. Paulo, em Minas, em Pernambuco, na Bahia, no Maranhão, no Pará, e na cidade do Rio de Janeiro ha o Hospital dos Lazaros, antigo convento dos jesuitas, que desde 1752 recolhe os doentes que lhe batem ás portas, e que é hoje, após as reformas por que tem passado, principalmente, nos ultimos oito annos, um estabelecimento modelar, onde se agasalham cerca de cem leprosos, de ambos sexos.

Passo ás vossas mãos o relatorio apresentado este anno pelo Dr. Mario Nazareth, (1) illustre provedor, á Irmandade do

(1) Véase doctor Mario da Silva Nazareth. Relatorio appresentado a Irmandade do Santissimo Sacramento da Candelaria. Papelaria Mendes, 60, rua do Ouvidor, Rio de Janeiro, 1921.

S.S. Sacramento da Candelaria, corporação religiosa, que, entre outras instituições, mantem o Hospital. Nesse relatorio encontram-se as photographias do edificio, e das diversas dependencias, enfermarias, banheiros, refeitorios, casas de duchas, banho de luz, parques de recreio, laboratorios, cinema e etc., por onde se vê que o azylado ahi encontra todo o bem estar material e espiritual, que lhe faz olvidar os seus padecimentos. O corpo clinico compõe-se de tres profissionaes, estando a nosso cargo o logar de chefe do serviço clinico, o de cirurgião a cargo do Dr. Olympio Chaves, e o de bacteriologista a cargo do Dr. Emilio Gomes, todos nós nos empenhamos em levar ao animo dos doentes o conforto exigido pela sua triste situação.

Está o Governo Federal vivamente interessado em dar prompta solução ao momentoso problema, e muito breve será fundada nas immediações da cidade do Rio de Janeiro uma leprosaria, em terreno cedido pelo Governo Municipal, onde serão recolhidos todos os doentes da cidade, que não disponham de recursos, ou que, dotados de meios para o isolamento domiciliar, prefiram recolher-se á essa villa em formação. Outras leprosarias, tambem com caracter de villas ou colonias de leprosos, serão successivamente fundadas nos Estados que pagam tributo ao tremendo morbus, principalmente no centro e no norte do paiz. Em S. Paulo, onde desde annos existe um recolhimento de leprosos no logar denominado Guapira, tanto o Governo como os particulares se interessam pela fundação da leprosaria modêlo, en Santo Angelo, de accordo com o plano elaborado pelo Dr. Emilio Ribas, como se vê do projecto aqui presente, achando-se já construido o pavilhão da administração, e em via de conclusão o pavilhão das mulheres.

Vê-se pois que no Brasil se acham conjugados os esforços de governantes e da população para se prestar aos leprosos assistencia efficaz, e as auctoridades sanitarias estão no firme proposito de abrir lucta contra o flagello, para cujo exterminio não pouparão energias, nem sacrificios pecuniarios.

Para a execução de um plano de campanha de tal magnitude quaes as medidas a aconselhar-se, e que postas em acção deverão ser coroadas do exito desejado?

Sabendo-se que a lepra é doença determinada por microbio, os meios postos em acção para impedirem a sua propagação terão em mira o germen causador da doença, o elemento de vehiculação d'este, ou o doente. Quando se trata de uma doença, que conta com recursos propicios para sua cura, o

problema de prophylaxia se simplifica, porque será a therapeutica que entrará como *magna pars* collimando aquelle objectivo. Assim succede com a lues, onde a prophylaxia tira grande partido, extinguindo rapidamente as fontes de contagio pela acção directa sobre o agente causador, pelo tratamento adequado, e de acção prompta.

Em relação a lepra, encarada a questão pelo lado da therapeutica, confrange-nos a confissão de nosso desanimo. Muito se têm feito, muito se têm esforçado os interessados na resolução do conceito therapeutico, mas até hoje bem pouco se ha alcançado. A conquista mais recente nos meios de ataque ao bacillo de *Hansen* ainda não fez a prova definitiva de efficacia. As melhoras apresentadas pelo doente são de molde a inspirar alguma confiança, é porem ainda cêdo para se tirar uma conclusão definitiva. Temos empregado em larga escala os derivados do oleo de chaulmoogra de Dean, tanto na clinica particular, como nos doentes do Hospital, havendo neste mais facilidade para uma observação continuada.

Alguns doentes apresentam melhoras accentuadas nos seus symptomas, outros soffrem, quando se attingem ás doses mais elevadas, uma reacção exagerada, ás vezes bastante duradoura, com phenomenos alarmantes de grande depressão. Observa-se tambem baixa da densidade da urina, grande reducção na taxa de chlorureto, e ás vezes albuminuria. Frequentemente sobrevem febre, com producção de exhantema pertinaz, o que tudo obriga a interromper o tratamento por um prazo mais ou menos longo. Em que pése á affirmativa de *Mac Donald*, que apresenta uma estatistica de 250 casos de cura com os ésteres ethylicos do oleo de chaulmoogra, ainda não nos julgamos habilitados a uma affirmação cathegorica d'essa ordem. Só o tempo dirá a sua efficiencia.

A transmissibilidade da doença é um facto que está hoje a cavalleiro de duvidas, posta de lado a idéa de hereditariedade, outr'ora tão bem acceita. Mas como se realisa essa transmissão é uma incognita, para cuja solução andam todos á porfia.

Faz-se ella por contagio, ou por intermedio de algum agente, principalmente animado. A doutrina da vehiculação do germen por um ectoparasita, tão brilhantemente sustentada pelo nosso sabio collega Prof. Ad. Lutz, offerece perspectivas bastante seductoras, e pode explicar factos, que de outra forma ficam envoltos em mysterio. Mas por maiores sympathias que ella nos mereça, não podemos acceital-a como uma conquista definitiva. Muito enthusiasmo em nós ella desperta, mas julga-

mos prematura a sua acceitação, embora seja em nós dominante a idéa de que num plano de campanha contra a lepra o exterminio de culicidios não deixe de preponderar como medida de relevancia.

Resta portanto o doente, isto é, o fóco, o depositario do germe, o emissor do agente pathogenico, e sobre esse é que se têm feito sentir a influencia da hygiene. É subtrahindo o doente ao convivio social, é praticando o isolamento do doente que se póde ainda esperar que a população indemne fique resguardada do perigo da contaminação.

É por emquanto a unica medida salvadora, que temos, e a que devemos recorrer até que nos seja dada a ventura de poder acommetter com os meios de cura, a chimiotherapia, sôrotherapia, ou otro qualquer, o elemento morbigenico, ou poder se supprimir o instrumento de transporte do germen uma vez transformada em realidade a hypothese de hospedeiro.

Provada todavia que a doença se transmitta por intermedio de um ectoparasita ainda o isolamento seria medida aconselhavel, porque assim subtrahiamos aquelle á infestão no doente.

Por esse motivo é digno de encomios o governo brasileiro, esforçando-se por fundar as leprosarias, animado em sentimentos humanitarios para com a população sadia, e sem violencias para com o enfermo, sempre digno de nossa piedade.

Proposición del Comité Nacional del Paraguay para la creación de una Liga Pan-Americana Antileprosa.

Señor Presidente del II Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, doctor José Brito Foresti.

Montevideo.

Tengo el honor de dirigirme a usted para remitirle una proposición-nota, que someto a su ilustrada consideración.

El Comité del Paraguay, que presido, vería con agrado que ese Comité Central enviara copias de la misma a los Excmos. Gobiernos y Delegaciones de los países que participarán en el Congreso, para que los señores delegados vengan al mismo, conociendo el asunto y

resueltos a tomar una disposición al respecto, por ser cuestión ya tratada y aprobada en el Congreso de Higiene, Microbiología y Patología, reunido en Buenos Aires y en el II Congreso Panamericano, reunido en Wáshington.

Este Comité tiene el deseo de que cada Delegación, al acudir al Congreso, aporte ya la opinión de su Gobierno respectivo y que en la asamblea plenaria de octubre próximo, éste mismo resuelva invitar a cada país representado, a fin de dar a este proyecto una fuerza de ley para llevar a la realización la idea que en él se expresa.

La Delegación del Paraguay llevará la opinión de su Gobierno, y suficientemente apoyada por él.

Aprovecho esta ocasión para saludarle con mi consideración más distinguida.

V. Idoyaga,
Presidente.

J. T. Decoud,
Secretario.
Pedro L. Barbosa,
Secretario.

LIGA PANAMERICANA ANTILEPROSA

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La lepra constituye para la América un azote tan terrible y temible, cual es la tuberculosis para la Europa; con la agravante de que lepra y tuberculosis, en el territorio americano, se unen y son la causa principal, si no la única, de su lentitud en poblarse, y de un enorme perjuicio en el coeficiente económico-social de cada nación.

Por eso es necesario que las autoridades sanitarias llamen la atención de los Poderes Públicos respectivos sobre la urgencia de implantar un sistema único y científico de lucha contra la lepra, hasta conseguir su extinción.

El problema de la lepra debe ser planteado, estudiado y resuelto con franqueza, serenidad y humanitarismo, con el concurso de todos, reconociendo que la lepra hoy amenaza a los países y en lo que atañe a su profilaxis y cura nos hallamos en pleno empirismo.

La magnitud del problema *Profilaxis y cura de la lepra* requiere, además del concurso intelectual de todos los hombres de ciencia, la ayuda financiera de todas las naciones. Convencidos de esto, hacemos nuestro el proyecto que nues-

tro colega el doctor Luis Zanoti Cavazzoni ya ha presentado al II Congreso Científico Panamericano de Wáshington (1915-1916), y que fué aceptado y pasado a la orden del día, encargándose de él el Delegado de Cuba, doctor Guiteras. Igualmente fué tomado en consideración por las autoridades sanitarias del Uruguay, Méjico, Guatemala y Cuba.

En mérito, pues, de la trascendencia y utilidad indudables del proyecto aludido, nos permitimos solicitar del H. Consejo Directivo del Congreso de Montevideo, para que sea considerado e incluído entre las materias de sus próximas deliberaciones, y, al mismo tiempo, comunicado sin demora a todos los Gobiernos de América, y recomendado eficazmente, con tiempo suficiente, para que cada Delegación sea suficientemente autorizada para deliberar al respecto.

Esta Institución, que será la más grande organización ideada, por su alcance científico, humanitario y social y por constituir un lazo indisoluble de fraternidad americana, necesita la inversión de capitales de alguna consideración, que solamente podrán reunirse concurriendo a su formación todas las naciones de América.

La reunión de dicho capital constituirá, sin duda alguna, un gravamen, pero bastante ínfimo, como se verá, para que pueda retrocederse en la realización de tan magna obra.

Proyecto del doctor Luis Zanotti Cavazzoni

CAPÍTULO I

Organización de la Liga Panamericana Antileprosa

Artículo 1.° Créase la "Liga Americana Antileprosa", con el fin de combatir la lepra y completar los conocimientos científicos a su respecto, desde todos sus puntos de vista, tanto patogénico, como terapéutico y profiláctico.

Art. 2.° Créase, a este efecto, como órgano de dicha Liga, un gran Instituto Central Americano Antileproso, con un Hospital Anexo, cuya sede y capacidad se determinarán por una Comisión Internacional.

Art. 3.° Créase, igualmente, "Diez Hospitales Internacionales Americanos Antileprosos", dependientes del Instituto Central, distribuídos en el continente, en localidades que puedan facilitar la admisión de leprosos de la nación colindante.

Art. 4.° Tanto en el Instituto Central como en los Hospitales Internacionales, se deberá disponer de locales apropiados para pensionistas.

Art. 5.° En dichos Hospitales se aplicarán la cura y el tratamiento de conformidad a los estudios y experimentos practicados en el Instituto Central o a los dictámenes emanados de las autoridades científicas del mismo, así como se practicarán las investigaciones solicitadas y recomendadas por ellas.

Art. 6.° El Instituto, una vez resuelto el problema de la lepra, se ocupará del estudio y curación de otras enfermedades tropicales y subtropicales, etc., etc.

Art. 7.° Las naciones signatarias intervendrán en el nombramiento de la Comisión Administrativa Central y Regional, y el personal científico del Instituto y de los Hospitales se nombrará por concurso o designación de las autoridades sanitarias de cada país.

Art. 8.° La Suprema Autoridad Sanitaria de cada país será considerada como miembro del Directorio Científico de la Liga.

Art. 9.° Los respectivos Gobiernos harán cumplir las resoluciones y dictámenes que la Comisión Científica Central juzgara conveniente dictar sobre profilaxis e higiene. Cada Gobierno tiene derecho a la hospitalización gratuita de los leprosos pobres que la Dirección Científica Central y Seccionales (Directores de los Hospitales), juzguen curables. Los incurables quedarán a cargo de los respectivos países de residencia.

Art. 10. Queda a cargo de la Comisión Internacional dictar las reglamentaciones internas del Instituto y de los Hospitales.

CAPÍTULO II

Recursos y franquicias de la Liga

Artículo 11. Para sufragar los gastos que demande la construcción y manutención de los establecimientos y sus anexos, cada nación contribuirá con una suma de dinero en relación a los habitantes, cuyo máximo se fija para el primer año en $ 0.10 oro sellado por cada habitante y en los siguientes en $ 0.04 oro sellado, pudiendo variar la última, según las necesidades.

Art. 12. Los Gobiernos, cuyos países son designados para la ubicación del Instituto y de los Hospitales, se obligan a ceder gratuitamente el área de tierra necesaria, librando a la Liga de todo impuesto, siendo a su cargo las medidas de seguridad que fuesen necesarias.

Art. 13. La Liga tiene derecho de franqueo libre, y libre paso de sus Delegados en todo el territorio de la Liga.

Art. 14. La Comisión Internacional someterá este proyecto a la aprobación de las partes contratantes dentro del plazo de .... y queda a su cargo hacerlo efectivo.

El problema de la Lepra en el Uruguay

POR EL DR. JOSÉ MAY (Montevideo)

Médico Jefe de la Policlínica Dermatológica. Asistente de la Clínica Dermosifilopática.

Adjunto del Dispensario N.° 1 (Hospital Maciel)

El profesor Pedro L. Baliña, delegado argentino cuya ausencia en esta deliberación lamentamos, acaba de hacer en Buenos Aires una interesante conferencia sobre 142 casos de lepra que ha tenido oportunidad de observar, haciendo consideraciones sobre el problema de la lepra en la Argentina, con tan atinadas reflexiones, que la lectura de su folleto me ha movido a ocuparme en este Congreso del problema de la Lepra en el Uruguay, exponiendo observaciones e ideas acariciadas de tiempo atrás, concordantes con las que brillantemente sostiene dicho profesor, frente a esa terrible enfermedad, que es en muchos países de América un grave problema actual, y para nosotros un problema de sombrías perspectivas para el porvenir.

El doctor Zanotti Cavazzoni, del Paraguay, presentó un proyecto de organización de Liga Panamericana Antileprosa, que hemos visto publicado en el segundo Boletín de este Congreso, para conocimiento de los señores delegados, a fin de que se tome en consideración, y se prestigie; habiendo sido ya presentado y aprobado en el Congreso de Wáshington de 1915-1916.

Se propone con ese proyecto la creación de un Instituto Antileproso Central Americano, con Hospital Anexo, y Hospitales Internacionales Americanos Antileprosos.

Evidentemente el fin que persigue el proyecto Zanotti no puede ser más simpático, ni más loable; tan terribles son los estragos de la lepra, que cualquier medida que se tome para luchar contra ella parecerá siempre insuficiente: pero la

forma propuesta en ese proyecto es, a nuestro modo de ver, la manera de hacer menos práctica, dadas las dificultades con que se choca para su realización.

A pesar de que cuenta ya con aprobación en otros Congresos no se ha podido llevar a la práctica, ya que, en efecto, requiere una acción conjunta de varios países, tanto más difícil de obtener, cuanto que no se ha encarado el problema profiláctico contra la lepra en todos los países del continente, sino en aquellos en que hay en cantidad.

El profesor Baliña, en el opúsculo a que he hecho referencia más arriba, leído en la Academia de Medicina Argentina, encaró el problema con toda valentía, con toda energía, referente a su país. Datos estadísticos aplastantes, muestran que lo que hace algunos años era de extrema rareza, actualmente ha dejado de serlo, y la ve, autóctona, extendida a todo el país, en una cantidad que no puede estimar por falta de datos estadísticos exactos.

En nuestro país no se ha levantado aún una voz reclamando de las autoridades sanitarias, llamando la atención de los legisladores, sobre el número de casos de lepra existente, y, lo que es más, su repercusión en la familia, creando focos de extensión del mal.

Nuestro profesor, el doctor Brito Foresti, hizo, al Primer Congreso Sudamericano de Dermatología, reunido en Río de Janeiro en 1918, una comunicación, fuera de otras publicaciones, la cual versa sobre la frecuencia y formas clínicas de la lepra en el Uruguay, pero sin encarar el problema de la profilaxis en la forma que lo encaramos en esta disertación.

Nosotros, que actuamos desde hace diez años al lado del profesor Brito Foresti, hemos visto crecer el número de leprosos y a los casos de extranjeros avecindados desde muchos años en el país, hemos visto agregarse extranjeros enviados especialmente a nuestras playas, porque nuestro clima les es favorable, y, por último, hemos visto los casos autóctonos.

No voy a hacer una estadística completa, — pues nos falta materialmente tiempo para realizarla, — pero sí recordaremos los casos que hemos visto.

Observación I.—Hombre, oriental, de unos 40 años, comisionista, lepra anestésica generalizada. Hace ya más de tres años que no concurre a la Clínica, a pesar de que lo veo por la calle.

Obs. II.—Hombre, oriental, de 27 años, agricultor, del Departamento de Canelones, lepra anestésica, mácula extendida del muslo derecho, pequeña del labio y párpado superior, detenida con el tratamiento de ictiol, que continúa regularmente.

Obs. III.—Matrimonio leproso, con un hijo leproso, a forma anestésica, procedente del Departamento de Canelones, y que hace más de dos años que no concurre a la Clínica; enfermos que conoce el profesor Brito Foresti.

Obs. IV.—Mujer, española, de unos 26 años, con poca residencia en el país, sirvienta de la casa de los padres de dos colegas, tenía unos pequeños tubérculos en la cara, y que hace ya más de cinco años que no viene a la Clínica.

Obs. V.—Mujer, española, de unos 32 años, con lepra anestésica a localización en la cara, que hace más de tres años que no concurre a la Clínica, que trabaja de mucama y lavandera, y que veo por la calle.

Obs. VI.—Hombre, oriental, de unos 35 años, jornalero, procedente de Tacuarembó, con lepra anestésica, que hace más de dos años no vemos, y que mejoró con el tratamiento ictiolado.

Obs. VII.—Hombre, italiano, de 45 años, casado, procedente de Paysandú, con lepra anestésica, evolucionando de varios años atrás.

Obs. VIII. — Hombre, oriental, de unos 35 años, procedente de Fray Marcos (Florida), y que fué enviado a la leprosería, no habiéndolo visto en una visita que hicimos al poco tiempo.

Obs. IX.—Hombre, oriental, de 40 años, jornalero, que con ulceraciones en la pierna, trabajaba en uno de los frigoríficos, lepra anestésica, que no concurre regularmente a la Policlínica.

Obs. X.—Mujer, oriental, de 30 años, con lepra tuberculosa, con epistaxis y que hace más de un año que no concurre a la Policlínica.

Obs. XI.—Hombre, oriental, de unos 40 años, procedente de Soriano, lepra anestésica, típica, con grandes máculas tipo eritema polimorfo, que no concurría hace más de cuatro años a la Clínica, comisionista, empleado de escritorio, que falleció hace poco en asistolia, caso del que nos ocuparemos después.

Obs. XII.—Hombre, oriental, de 40 años, que vi hace más de cuatro años, con una placa de lepra anestésica en la mano, cobrador, que no he vuelto a ver, sino por la calle. El suegro, en cuya casa vivió, falleció de lepra.

Obs. XIII.—Hombre, italiano, de 40 años, procedente de Paysandú, hermano del de la observación VII, lepra anestésica.

Obs. XIV.—Hombre, oriental, de 24 años, con algunos lepromas en el dorso de las manos, que vi hace unos cuatro años, procedente de Soriano, sin antecedentes familiares.

Obs. XV.—Hombre, italiano, de más de 70 años, lepra mixta, evolucionando desde hace más de diez años, que vi una sola vez, falleciendo hace pocos meses, según datos que tengo.

Obs. XVI.—Mujer, oriental, de 27 años, lepra anestésica, con epistaxis, y a la que aconsejé ingresara a la leprosería, para evitar el contagio de sus hijos, de donde se fué para su residencia de Soriano.

Obs. XVII.—Hombre, italiano, de 68 años, con lepra mixta, diagnosticada hace más de diez años, por el doctor Brito Foresti, casado. La mujer con un coriza, con resultado negativo en las investigaciones.

Obs. XVIII.—Hombre, de 38 años, lepra anestésica, portero de una oficina pública. Concurre regularmente a la Clínica.

Obs. XIX.—Hombre, italiano, de 70 años, lepra anestésica extendida, ulceraciones en la pierna. Casado, mujer sana.

Obs. XX.—Hombre, español, de 70 años, residente mucho tiempo en Soriano, lepra anestésica, diagnosticada hace unos diez años por el doctor Brito Foresti.

Obs. XXI.—Dos hermanos, entre 25 y 30 años, procedentes de Soriano, donde residen, uno con lepra anestésica, otro con lepra tuberculosa, vistos también por el doctor Brito Foresti.

Obs. XXII.—Hombre, italiano, de 40 años, con una neuritis del cubital, máculas anestésicas posteriormente, residente en Mercedes.

Obs. XXIII.—Mujer, oriental, de 24 años, sirvienta, lepra anestésica generalizada, epistaxis a repetición.

Obs. XXIV.—Mujer, italiana, de 17 años, una mácula anestésica en la pierna, con alteraciones histológicas de la lepra.

Obs. XXV.—Mujer, oriental, de 40 años, con lepra tuberculosa, comenzada hace cuatro años. Hermana muerta de lepra en la Argentina, habiéndola cuidado en la enfermedad.

No incluyo entre estos tres casos, por no haber podido contralorear debidamente nuestro diagnóstico: dos mujeres en la Capital: una con tubérculos en los brazos; otra, con una mancha eritematosa en la frente, y una tercera mujer, también con mancha eritematosa en la frente, procedente del Salto, y en la que no pude, repito, efectuar los análisis que me permitieran llegar a un diagnóstico exacto.

Como se ve, hemos visto 27 casos, no incluyo los dudosos, en muy poco tiempo, procedentes del extranjero unos, otros residentes aquí de largo tiempo, y otros orientales.

No es mi propósito hacer el estudio de éstos, sino referirme a los focos de contagio.

Conozco, por razones de vecindad, puedo decir, a dos familias que han sido punto de partida de una serie de leprosos, aún entre sus amistades. Una, que señalaré con la letra A, y cuya madre era leprosa, ya fallecida, ha dado en la familia una hija, muerta ya, leprosa, dos hijos, los de la observación XX, un yerno, el de la observación XXI, y una persona de relación de la casa, mujer, que estuvo asilada en la leprosería.

El otro foco, que señalaremos B, madre leprosa, dos hijos, uno fallecido, el otro asilado en la leprosería, y dos visitantes

de la casa, uno el de la observación XI, y otro, P, con lepra tuberculosa, visto por nuestro profesor.

No he podido hallar entre mis papeles los apuntes referentes a dos focos del mismo pueblo, lo que me impide traerlos a este debate.

No son éstos los únicos contagios familiares: el de la observación III, familia de tres personas leprosas; el de la observación XII, suegro fallecido leproso; los de las observaciones VII y XII, y el de la observación XXIV, con una hermana fallecida leprosa.

Esta observación de lepra familiar, sobre la que insiste Baliña, que surge evidente de nuestra estadística, se ve también en la de nuestro profesor Brito Foresti, que, sobre 97 casos, tiene cuatro en que hay uno de los ascendientes leprosos y tres en que hay dos hijos leprosos.

Y fuera de estos casos que han desfilado en la clínica, hay otros que no escapan a nuestra mirada; que pasean su lepra a la vista del público, en contacto muchas veces directo, viéndose uno en la plaza Independencia rodeado de un grupo en plena camaradería, otro en una Oficina Pública, hojeando papeles que van después de casa en casa, y un tercero, que expende desde hace tiempo un artículo de uso diario, — engomado al dorso, — y que muchos llevan, por falta de higiene, a la boca para humedecerlo mejor.

Esta rápida revista demuestra gráficamente, e indiscutiblemente, que no es tan remota, como lo sostienen algunos autores, la posibilidad de contagio de la lepra.

Quizás si se hiciera un censo de los casos de leprosos existentes en el país, tendríamos una mayor cantidad que la que arroja la última estadística del profesor Brito Foresti, que da unos 180 casos.

Pero aún partiendo de esa cifra modesta para nuestro país y al parecer despreciable, si aplicamos en rigor de lógica la comprobación hecha por el profesor Baliña en su folleto, surge evidente la necesidad de solucionar este que es ahora un pequeño problema, y que más adelante será un gravísimo problema.

Desde luego, debemos empezar por establecer que en todos o casi todos los departamentos existe, en mayor número en la Capital, luego Canelones, Soriano, Salto, Paysandú, Tacuarembó, etc., de modo que (transcribimos del profesor Baliña): *"Puédese, pues, decir, con toda verdad, que hay o " puede haber focos activos de lepra arraigados o ambula- " torios, en toda la extensión del país; vale decir, que actual-*

“ *mente la lepra es ubicuitaria y endémica en el Uruguay*
“ *(decimos nosotros), y que hasta ahora, ninguno de sus ha-*
“ *bitantes beneficia de la menor previsión oficial para pre-*
“ *servarle de ella”.*

Si se tiene en cuenta que entre los casos señalados los hay sirvientes, jornaleros, hombres de escritorio, se verá explicado el por qué de la aparición de nuevos casos, sin que existan antecedentes familiares.

Hay una comprobación hecha por Baliña, que es muy importante, y es que ha visto un aumento de un 50 o|o en los casos de lepra en Buenos Aires, en diez años, con relación al mismo lapso de tiempo anterior observado por el profesor Sommer.

Apliquemos esa progresión a nuestro país y veremos que es tiempo de que ataquemos con decisión, hoy que es, lo repetimos una vez más, un pequeño problema en nuestro país, antes de que, con la indiferencia de las autoridades y la complicidad silenciosa de los dermatólogos, sea de más difícil solución.

Con el profesor Baliña diremos : “el objeto primordial de esta comunicación, que he traído a esta alta tribuna, es, además de hacer un público descargo de mi conciencia, reclamar de nuestras autoridades sanitarias y de nuestros legisladores preferente atención al problema de la lepra”.

Como hemos dicho más arriba, la propuesta Zanotti, y más que nada la lectura del folleto del profesor Baliña, han hecho que abordemos, bien que apremiados por el tiempo, este tema, para sostener la necesidad de adoptar el aislamiento de los leprosos, de acuerdo con lo establecido en la Conferencia de Berlín, ratificada por la de Bergen, sintetizada en la fórmula propuesta por Hansen, que dice: “En todos
“ los países donde la lepra forma focos o adquiere gran ex-
“ tensión, el aislamiento es el mejor medio para impedir la
“ propagación de la enfermedad.

“La declaración obligatoria, la vigilancia y el aislamiento,
“ tales como se practican en Noruega, deben ser recomenda-
“ dos a todas las naciones cuyas Municipalidades sean autó-
“ nomas y posean un número suficiente de médicos.

“Debe dejarse a las autoridades administrativas la tarea
“ de fijar, bajo la dirección de los Consejos Sanitarios, las
“ medidas de detalle en relación con las condiciones sociales
“ de cada país”.

Es basado en este último párrafo, por lo que considero que a cada país corresponde la acción aislada pero tendiente a

llenar su rol de contención de la lepra y por la imposibilidad de llegar a un acuerdo de tantos Gobiernos, es que, aunque apreciando debidamente la importancia del proyecto Zanotti, considere platónica su aprobación, formulando, en cambio, un voto para que los representantes de cada país, adoptando las conclusiones de los Congresos de Berlín y Bergen, reclamen de sus Gobiernos respectivos la urgencia de una ley, que, como en Colombia, donde hay ya, según datos del folleto del profesor Baliña, un 80 o|o de los leprosos encerrados, que, como en el Paraguay, cuya ley acaba de leernos el doctor Idoyaga, y en el Brasil, como nos expusiera brillantemente el doctor Silva Araujo, reclamen, repetimos, los demás países la urgente sanción de una ley que lleve a la práctica las referidas conclusiones, debiendo dar el ejemplo nuestro profesor, aquí presente, el doctor A. Lussich, y nuestro compañero de tareas, el doctor M. Halty, ambos integrantes del Parlamento de nuestro país, con la presentación de un proyecto de ley que traduzca el voto de este Congreso.

En conclusión, pues, adhiriéndome así al voto de los delegados argentinos, propongo la siguiente declaración: El II Congreso Americano de Dermatología y Sifilografía, adoptando las conclusiones de las conferencias de Berlín y Bergen, reclama de los Gobiernos americanos que no lo hayan hecho, la sanción de una ley que las lleven a la práctica.

DISCUSION GENERAL SOBRE LA LEPRA

Neocle Ragusin (Buenos Aires). — En nombre de la Delegación Argentina, propongo que la 1.ª Conferencia Latinoamericana de la Lepra se reuna en el mes de agosto de 1922 en Río de Janeiro, coincidiendo con la fecha del centenario de la independencia de la gran nación brasileña.

Consideramos que el leproso es una vergüenza nacional, que estamos en posesión de medios capaces de evitar la propagación de la lepra, y que, por esto, y por experiencia de otros países, todas las naciones americanas deben tomar las medidas profilácticas necesarias para evitar la propagación de este mal, que, vuelvo a decirlo, es una vergüenza nacional.

Adolpho Lutz (Rio de Janeiro). — Convida aos collegas de colleccionar photographias, desenhos em côr e **moulages** de casos principiantes, procurar uma reacção biologica para o diagnostico da lepra e familiarisar-se com a idea que a lepra se propaga principalmente, se não exclusivamente, por contagio indireito, e que a prophylaxia deve ser baseada sobre este principio.

Angel M. Giménez (Buenos Aires).—Es interesante la cuestión planteada por el doctor Lutz, trayendo su experiencia de 40 años.

El contagio de la lepra indudablemente es difícil comprobarlo. Hemos tenido oportunidad de ver enfermos autóctonos de Buenos Aires, que jamás habían visto o estado en contacto con leprosos.

Actualmente tenemos un caso excepcional, un compañero de estudios que hace 23 años éramos practicantes del Hospital Muñiz, permaneciendo con él durante 20 años; actualmente se encuentra con una lepra tuberosa, por lo que las autoridades le han cerrado la farmacia que regenteaba.

Estoy completamente de acuerdo con el doctor Lutz, igualmente en lo que se refiere al diagnóstico precoz, e investigación para el mejor conocimiento.

Pero para ello, es necesario que los médicos se pongan a la obra, siendo sinceros y leales en las informaciones, para obtener de ellos el convencimiento y profilaxis.

Con respecto a mi país, todo está por hacerse; hay una ley en Corrientes, donde se tiene el porcentaje mayor de enfermos, pero no se cumple. En el Chaco se proyecta una leprosería cuya construcción parece se iniciará a fin de año.

Espero que la Conferencia Americana proyectada para el año próximo, a realizarse en Río de Janeiro, será de gran beneficio para la asistencia y tratamiento de los enfermos. Y después de haber oído la conferencia del doctor Silva Araujo sobre la profilaxis de las enfermedades venéreas, que nos ha hecho conocer la obra admirable desarrollada allí, ha de saber prestar su valioso concurso en esta campaña, de asistencia e higiene social.

Oscar da Silva Araujo (Río de Janeiro).—Conforme disse na conferencia que tive o prazer de fazer hontem na Faculdade de Medicina, o problema da prophylaxia da lepra interessa seriamente o governo de meu paiz. Ja fiz hontem uma synthese da legislação brasileira e disse quaes as providencias tomadas para que sejam cumpridas as determinações das leis em vigor. Como oiço, porem, reiteradas referencias ao que se faz na Columbia e no Paraguay e volto a dizer o que se faz no Brasil a tal respeito (o orador refere o que disse na conferencia feita na Faculdade de Medicina na noite anterior).

Bartolomé Vignale (Montevideo). — Apoya la idea del doctor May en lo referente a formar una leprosería para aislar allí a todos los leprosos. Para ello cita el caso de un ciego que en Montevideo se dedica a la mendicidad y que cambia a cada momento de lazarillos, siendo todos ellos niños que están siempre con él, exponiéndolos a continuos contagios de lepra.

Arturo Lussich (Montevideo). — Entiendo que el problema de la lepra reviste ya en nuestro país importancia suficiente para que los Poderes Públicos unan su acción a la de los profesionales y congresos. Este problema se presenta todavía en términos que pueden motivar una solución práctica y eficaz. El número de leprosos en

nuestro país es todavía reducido, y estamos en tiempo todavía de tomar medidas para dificultar la difusión de la lepra. Si esta solución es el aislamiento, como lo parece, ayudada por otros medios saludables, no debemos esperar a que las medidas sean impracticables; no debemos demorar para que pase con este problema lo que pasa hoy con la tuberculosis. Recordamos que Duclaux, el ex Director del Instituto Pasteur, estima en una suma superior a la que asume el presupuesto de guerra de Francia, lo que se necesitaría gastar para hospitalizar a los tuberculosos de su país. No esperemos a que el problema de la lepra adquiera proyecciones parecidas. No esperemos a merecer tampoco el reproche que el mismo Duclaux dirigía a Broussais, el paladín de la espontaneidad de la tuberculosis, de su no contagiosidad, de quien decía, con un poco de buen humor, que merecería una columna no menos elevada que la erigida a Napoleón, ya que Broussais no hablaba menos bien que aquél, y no es responsable de un menor número de muertos.

Después de la discusión general sobre la lepra, se votaron las conclusiones que el lector encontrará en la pág. 48 y siguientes de este volumen (Conferencia Sudamericana de la Lepra), y en la pág. 72, también de este volumen (Profilaxis y tratamiento de la lepra).

Estudio sobre el «Mal del Pinto» [1]

POR EL DR. JOAQUÍN GONZÁLEZ (México)

SUMARIO

PRIMERA PARTE.—Capítulo I. Sinonimia.-II. Historia.-III. Distribución Geográficas
SEGUNDA PARTE.—Capítulo I. Estudio de las escamas e histológico de la piel.—II. Estudio micológico del Mal del Pinto.—III. Historias clínicas.
TERCERA PARTE.—Capítulo único. Bibliografía.

Si mucho aprendemos en los libros, má aprendemos de la observación de la Naturaleza, causa y ocasión de los primeros.
-- *R. Cajal.*

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

Sinonimia

Sinonimia mexicana: Los mexicanos le llamaban *Tzatzayanaliztli*. En los Estados de Guerrero, Morelos y Sur de México, *Mal del Pinto*. En los Estados de Jalisco, Michoacán y Colima, *Quiricua*. En los Estados de Tabasco y Chiapas, *Tiña*, y en Oaxaca les llaman *Oberos* a los que padecen esta enfermedad. El doctor Juan J. León, en su ''Monografía sobre la Tiña Endémica de Tabasco, Chiapas y Sur de México'', propone se le llame *Syphyspyloria thelodermica*, es decir: syphys, sífilis: spilos, mancha; thelos, papila; y derma, piel. El doctor Gustavo Sandoval, en su memoria sobre el Mal del Pinto, presentada a la Academia de Medicina de esta Capital, a su vez propone se le llame *Dermatomicosis polispilosica*, que quiere decir enfermedad de la piel con manchas múltiples e implantación de un hongo.

Sinonimia extranjera: Alibert le llama *Pannus carateus*. Los alemanes, *Karata-fleck*. En Colombia, *Caraté*, designación debida a que existe un árbol, así llamado, cuyas hojas presentan manchas semejantes a las de los pintos. En los valles del Sur del Perú le llaman *CCara*. En Guatemala, *Tiña* y también *Cative*. En Panamá y Honduras, *Quirica*. En las Guayanas, *Lota*. En Venezuela, *Cute*.

(1) Véanse las planchas.

CAPÍTULO II

Historia

La primera noticia que se tiene sobre el Mal del Pinto, se encuentra en la obra de Hernández. *(De Historia Plantarum, Novae hispaniae, liber decimmo, Francisco Hernando atque historico Filipe II. Hispan et Yndian regis, et totius, novi orbis medico primario auctore. In caput XIX, pág. 373, lin 13)*, al describir la planta *Ixtenextic*, dice: que su raíz machacada y puesta sobre lienzos, deshace y limpia la lepra, lo mismo que el sarpullido y también cura la enfermedad llamada por los indios mexicanos *Tzatzayanaliztli*. El señor Ricardo Nandin, en su tesis sobre el Mal del Pinto, afirma que en una de las cartas que Hernán Cortés dirigió a Carlos V, se leen las siguientes palabras: "... *en este país de ventura hay rarezas en el color de sus habitantes, presentando variedades en el mismo individuo*". Si estas citas son discutibles desde el punto de vista que se refieran seguramente al Mal del Pinto, creo que tienen valor histórico e invitan a aceptar la posibilidad de que este padecimiento exista desde antes de la Conquista. Corresponde al ilustrado señor doctor don Juan J. León la prioridad en los estudios que en México se han hecho sobre este tema, pues él fué quien en el año de 1862 escribió la primera monografía en la que manifiesta la hipótesis de que el Mal del Pinto sea causado por la ingestión del maíz parasitado por un hongo, el *Uredo carbo*, y encontró mucha semejanza entre este padecimiento y la pelagra, también guiado por el axioma de *naturam morborum curationes ostendunt*, consideró al Mal del Pinto como una alteración sifilítica de las papilas de la dermis y de ahí que le llamara *syphyspyloria thelodermica*. Seis años después, el doctor Chassin escribe su estudio sobre el "Pinto", y difiere por completo de la opinión del doctor León, pues dice que el uso del agua salada es la causa principal de este padecimiento, y le encuentra semejanza con el escorbuto de los marineros. Afirma también que el pinto negro o azul, el pinto colorado y el pinto blanco, no son sino los grados de una misma forma. En 1870, F. Iturbide define por primera vez esta enfermedad, diciendo: "el Mal del Pinto es una afección cutánea específica, apirética, contagiosa y esencialmente crónica; caracterizada por la presencia de manchas de diferentes colores y tamaños, originadas por una perturbación desconocida del aparato pigmentario". Se adhiere a la hipótesis del doc-

tor León, de que la ingestión del maíz alterado origine esta dermatosis. En 1874 aparece la monografía del barón Muellen, titulada el "Mal de la Pinta", y cuya traducción anotada por un autor anónimo, la publicó el "Diario Oficial del Supremo Gobierno de la República", y describe tres formas clínicas: 1.ª Pinta alba; 2.ª Pinta rubra, que comprende las variedades rosada y colorada, y 3.ª Pinta coerulea, que comprende las variedades azul, negra y morada. En 1879 el doctor J. Gómez, en su estudio "Du caratés ou tache endémique des Cordillères", acepta que las manchas que por sus distintas coloraciones constituyen las diferentes especies, todas pertenecen a una misma entidad morbosa, y niega que sea trasmisible por herencia. En 1880, el doctor Ricardo Nandin inicia las investigaciones anatomo-patológicas y combate la hipótesis de que el uso del agua salada sea la causa del Mal del Pinto. Un año después aparecen los interesantes estudios sobre el tema, de los distinguidos médicos G. Ruiz Sandoval y J. M. Irys, que, con brillantez, señalaron los primeros, un nuevo horizonte de investigación, puesto que ellos anunciaron la naturaleza parasitaria del Mal del Pinto, y, aún cuando la descripción y la clasificación que dieron del hongo no fueron lo necesariamente precisas, debemos tener en cuenta los medios de investigación de que disponían, y considerar que demasiado hicieron para su época. En 1887, F. Espínola, en su tesis, hace un estudio de la histología de la piel de los enfermos del Mal del Pinto, y llega a conclusiones que consigno en la bibliografía correspondiente. En 1897 publica el doctor don Angel Gaviño su estudio sobre "Patogenia del Mal del Pinto", y difiere en lo absoluto de los doctores Ruiz Sandoval y J. M. Irys, afirmando que el Mal del Pinto es producido, no por un hongo, sino por un bacilo, que se presenta bajo la forma de conglomerados pigmentados formados de innumerables micrococos que, cultivados en medios sólidos y líquidos, se segmentan hasta volver a la forma primitiva. Con tales afirmaciones, y conocido que fué en Europa este trabajo, originó la confusión que manifiestan los autores europeos en sus obras, al referirse a este padecimiento. En 1909, el ilustrado médico don Manuel Toussaint, con su reconocida pericia, hizo un estudio de histo-patología del Mal del Pinto, no habiendo encontrado ni el bacilo del doctor don Angel Gaviño, ni el hongo señalado por los doctores Ruiz Sandoval y J. M. Irys.

Mientras esto sucedía en México, en Europa, Montoya y Flores, bajo la dirección de Sabouraud, realiza los estudios,

que tanta notoriedad le dieran, del Caraté de Colombia, habiendo descubierto en las escamas un hongo que cultivaron, clasificaron e identificaron, designándolo como el agente productor del Caraté. Por último, muy recientemente, en la Revista de Ciencias Médicas "Los Progresos de la Clínica", en el número correspondiente al mes de enero del presente año, aparece un trabajo titulado "Contribución al estudio de algunas micosis en el Perú", del distinguido y erudito médico don Edmundo Escomel, y cuyo trabajo fué premiado por la Academia de Medicina de París: dice que el CCara o Pinta de los Valles del Sur del Perú, es producido por un hongo de la familia de los Ascomicetos y del género *Penicilium.*

Ya, para terminar con este capítulo, debo decir que, si en la exposición anterior no mencioné a otros autores que han escrito sobre el particular, ha sido debido a que no quise ser demasiado extenso, citando detalles sin importancia, pues los principales hechos que hay en la historia de la investigación de esta enfermedad ya los enuncié, confesando que hay buen número de monografías que participan de los errores y leyendas del vulgo.

CAPÍTULO III

Distribución geográfica

Quien quiera hablar sobre la distribución geográfica del Mal del Pinto en la República Mexicana, tiene dos fuentes principales de información, y son: la obra del doctor don Domingo Orvañanos, *"Ensayo de la Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana"*, y la memoria que sobre el Mal del Pinto presentó a la Academia de Medicina de esta Capital el doctor don Gustavo Ruiz Sandoval. El autor de la primera obra dice que el Mal del Pinto existe: en el Estado de *Sinaloa,* en los Distritos de San Ignacio, Cosalá y en el de Badiraguato; en *Tepic,* en los Partidos de Tepic, Ahuacalán, Santiago Ixcuintla y de Acaponeta: en el Estado de *Jalisco,* en los Distritos de Colotlán, Ciudad Guzmán; en el Estado de *Colima,* en el Distrito de Alvarez; en el Estado de *Michoacán,* en los Distritos de Zitácuaro, Huetamo, Ario, Apatzingan y Coalcomán; *en todo el Estado de Guerrero;* en el Estado de *Oaxaca,* en los Distritos de Cuicatlán, Choapán, Juchitán, Juquila, Pochutla, Teotitlán del Camino, Tehuantepec, Tuxtepec y Villa Alta; en el Estado de *Chiapas,* en los Distritos de Soconusco, Chiapa, Tuxtla, Tonalá y Pi-

chucalco; en el Estado de *Tabasco,* en los Distritos de Cárdenas, San Juan Bautista, Huimanguillo, Jalapa, Tecatalpa y de Teapa; en el Estado de *Veracruz,* en los Distritos de Acayucan, Cosamaloapan, Minatitlán, Tuxtla, Veracruz y Zongolica; en el Estado de *Puebla,* en los Distritos de Matamoros, Acotlán y de Chiautla; en el Estado de *México,* en los Distritos de Temascaltepec, Tenango y Valle de Bravo; en el Estado de *Morelos,* en los Distritos de Cuernavaca, Yautepec, Tetecala, Cuautla Morelos y Juárez; en el Estado de *Durango,* en los Distritos de Mezquital y Tamazula; en el Estado de *Zacatecas,* en el Distrito de Juchipila; en el Estado de *San Luis Potosí,* en el Distrito del Venado; en el Estado de *Guanajuato,* en el Distrito de Allende; en el Estado de *Querétaro,* en el Distrito de San Pedro Tolimán.

A esta distribución geográfica del Mal del Pinto cabe hacerle una observación, la misma que el doctor Castillo y Nájera hiciera a propósito de la distribución geográfica del bocio, y es relativa a la forma en que procedió el doctor don Domingo Orvañanos al hacer su trabajo, pidiendo informes a las autoridades de los distintos Distritos, y seguramente muchos no se valieron de personas competentes para el caso, médicos únicamente, y rendir sus informaciones. En consecuencia, muy posible es que el Mal del Pinto no exista en algunos de los lugares anteriormente citados. Si, por otra parte, consideramos que el vulgo indistintamente denomina pinto a toda afección de la piel en la que su colorido está alterado, como en *el vitiligo, las sifílides pigmentarias, la lepra manchada, la enfermedad de Addison, el eritrasma,* etc., se comprende fácilmente la posibilidad de incurrir en errores, si no se tiene la ilustración médica suficiente para hacer esas diferenciaciones.

Si necesario es conocer los lugares de nuestro país donde existe este padecimiento, muy importante es saber las condiciones topográficas que influyen sobre su aparición, y a este respecto no conozco estudio mejor que el del doctor G. Ruiz Sandoval, que dice que con esta enfermedad coexisten rasgos principales que enumera en la siguiente forma: *1.° Una temperatura que no baje de 15° c. ni exceda de 30°. 2.° Una altura variable desde el nivel del mar, no excediendo de 1,500 metros,* aunque Santa Fe, Bogotá, está a 2,661 metros de altura sobre el nivel del mar, y allí existe el Mal del Pinto. Por otra parte, conviene recordar el hecho histórico referente a un cuerpo de ejército de 800 a 1,000 hombres, formado de pintos, que el general Pinzón sacó de la Huacana,

en Michoacán, para llevarlos al sitio de Puebla en 1863. Al cabo de cinco meses sobre la Mesa Central, volvieron a sus lares, y habiendo observado durante la expedición la misma vida y costumbres, notaron muchos que habían perdido su color anormal, sin haberse aplicado ninguna medicina, y después de pocos días reaparecieron las manchas, para recorrer, como antes, todos sus períodos. 3.° *Terreno de origen volcánico de naturaleza calcárea en la superficie, de base granítica, e intermediariamente de rocas, cuya descomposición puede dar cloruros y otras sales de sodio, potasio, magnesio, etc. 4.° Que muy frecuentemente acompañan a estos terrenos la existencia de fuentes sulfurosas. 5.° Que a lo largo de las corrientes de agua es donde con más regularidad se nota el pinto, siendo estas aguas generalmente saladas. 6.° Que estos ríos tienen algunos tramos de su extensión subterráneos. 7.° Que en los lugares donde se consume agua de pozo, ésta es, generalmente, salada y que hay salinas y depósitos de estas sustancias en sitios donde el mal existe. 8.° Coexistencia de varios dípteros donde se ve el Mal del Pinto.*

No sólo el doctor Gustavo Ruiz Sandoval señala la existencia del Jejen, mosquito del orden de los dípteros y del género Empis en los lugares donde hay pinto, sino que de la inmensa mayoría de los autores que han escrito sobre este particular, unos niegan y otros afirman que este insecto sea el que por medio de sus picaduras inocule el agente productor del Mal del Pinto. Pero, de cualquier manera, el hecho de su coexistencia con este padecimiento, tiene grandísima importancia, y las investigaciones que en el futuro se hagan, deberán tener presente esto, y no sería remoto que se demostrara la antigua creencia de que este insecto es uno de los propagadores de la enfermedad. Punto éste dilucidable únicamente, no por especulaciones verbales, sino por investigaciones de Laboratorio.

En lo que respecta al individuo que habita los lugares infestados, se observa que la población en su mayoría está constituída por indígenas y mestizos, a los que ataca preferentemente. Los blancos son más refractarios a adquirir la enfermedad, seguramente por las mejores condiciones de vida que llevan, pues si mientras los primeros están mal nutridos, mal vestidos y debilitados por el alcoholismo, y desde que nacieron viven donde la enfermedad es endémica, los blancos y mestizos, provistos de mayores recursos, y laborando en trabajos de índole muy diversa y, en una palabra, viviendo mejor, evitan con esto contraer el padecimiento.

Para terminar con este capítulo, diré la distribución geográfica fuera de nuestra patria. Existe el Mal del Pinto, designado con otros nombres, en Centro y Sud América, y cuyos principales países son: *Guatemala, Costa Rica, Panamá, Honduras, Perú.* En *Venezuela* existe principalmente en las Provincias de Barquisimeto y Mérida; en *Brasil*, en la Provincia de San Pablo; en *Ecuador*, sobre todo en Guayaquil; en *Colombia*, casi en toda la República: hacia el Norte, en Santander, San José de Cúcuta, Boyacá; por el centro, en Cundinamarca, Guadana, Tocanina, La Mesa y Tolima; hacia el Sur, en Antioquía, Cauca y en las riveras del Magdalena hasta el Mompos, sobre todo en los Distritos de Valencia, Valle Dupar, San Juan de César, Riohacha, Soldado, etc. Según Larrey, es probable que también exista *en el centro de Africa*, cerca de los grandes lagos salados. Legrain afirma que también existe en *Egipto*, Madden Goddman y Sandith en la *Côte d'or*, y G. Woolle en las *Filipinas*.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO I

Estudio de las escamas e histológico de la piel

En mi primer viaje al Estado de Guerrero, me dediqué exclusivamente a las observaciones clínicas, encontrándome con dos variedades principales del Mal del Pinto, y fueron; *1.ª Pinto azul* y *2.ª Pinto colorado*, y una común a las dos. me refiero al Pinto blanco. En su oportunidad, y más adelante, haré las consideraciones pertinentes al estudio clínico. Observé que todos los pintos que estudié llevaban en sus manchas escamas, con caracteres distintos para cada variedad: y así como se me presentaron pintos azules con máculas francamente escamosas, otros no tenían este elemento dermatológico, sino muy discretamente. Debo hacer notar que en los pintos colorados que tuve oportunidad de ver, el elemento escamoso era más abundante, con escamas más gruesas y más adherentes (Fig. 1), de aspecto psoriasiforme; las manchas blancas de los pintos azules presentaban excepcionalmente escamas furfuráceas finísimas.

Como consideré de mucha importancia el estudio de las escamas, recogí éstas, limpiando previamente con algodón estéril, y con unas pinzas de disección tomé las escamas, que guardé en tubos pequeños, aproximadamente de ocho centí-

metros de longitud, por seis milímetros de diámetro, los que tapaba con algodón estéril, o bien los cerraba a la lámpara, recogiendo de cada enfermo que estudiaba escamas de las diferentes manchas. Para el estudio microscópico de este elemento dermatológico, seguí las técnicas recomendadas por Sabouraud en la obra titulada "La Pratique Dermatologique", de Besnier, Brocq y Jacquet. En el capítulo relativo a los Caratés, aconseja se traten las escamas por el amoníaco, se les fije y se les colore con una mezcla de ácido pícrico y acético, una vez secas se pueden examinar, o bien tratarlas por diferentes colorantes: azul polícromo de Unna, tionina fenicada, azul boratado de Sahli, a condición de que el colorante obre de una manera lenta y en solución diluída. También seguí la técnica que E. Jeanselme aconseja en su obra titulada "Cours de Dermatologie Exotique", para poner en evidencia los hongos Aspergiloides, esto es: examen microscópico con diafragma totalmente abierto, de las escamas tratadas por una solución de potasa cáustica al cuarenta por ciento, y calentadas ligeramente durante algunos minutos. En la misma obra, Jeanselme consigna los procedimientos de elección aconsejados por Montoya y Flores para las escamas del Caraté y son:

1.° Desengrasar las escamas con amoníaco.

2.° Después de haber obrado algunos minutos el amoníaco, se vierte sobre las escamas un poco de alcohol saturado de ácido pícrico y se agregan cuatro a cinco gotas de ácido acético.

3.° Después de haber dejado obrar esta mezcla cinco minutos, se lava con agua destilada.

4.° Montar en seco y poner laminilla cubre-objeto deslizándola de manera de disociar las escamas. El ácido pícrico endurece el micelio y lo colora de amarillo; el ácido acético endurece las fructificaciones. Agrega que este procedimiento muy frecuentemente deforma o destruye los elementos del parásito, y aconseja otro procedimiento del mismo Montoya y Flores, que consiste en:

1.° Se desengrasan las escamas con éter.

2.° Durante cinco minutos se dejan las escamas desengrasadas, en una mezcla de alcohol absoluto, de cinco a diez gotas de ácido acético cristalizable.

3.° Se lava abundantemente con alcohol absoluto.

4.° Se sumergen las escamas durante cinco a diez minutos en un baño colorante, que contiene: dos a tres gotas de azul polícromo en medio litro de agua filtrada.

5.° Se lava con alcohol absoluto hasta que éste sale incoloro.

6.° Se esclarecen las escamas con xilol y se montan con bálsamo.

Fielmente se practicaron los procedimientos anteriormente citados, y es de lamentarse que los autores hayan descuidado decir ciertos detalles en sus técnicas, pero, de todos modos, éstas fueron practicadas y dieron preparaciones que mostraban las escamas parasitadas por un hongo, pero como no eran lo suficientemente claras ni demostrativas, mi maestro, el señor Ochoterena, discurrió:

1.° Desengrasarlas con cloroformo.

2.° Puestas en cloral lacto-fenol de Aman, calentarlas ligeramente.

Con esta técnica, demasiado sencilla, se pudieron observar con mayor claridad las escamas parasitadas, viéndose micelios de hongo formando haces, y un conjunto de corpúsculos que podían tomarse como órganos de fructificación. También se ensayó la coloración de las escamas por el Leisman, previo desengrasado:

1.° Con cloroformo.

2.° Con ácido fórmico, hirviendo durante dos minutos y medio.

3.° Lavadas con agua destilada.

Se observaron entonces, también con bastante claridad, muchos micelios coloridos de rosa y un conjunto de corpúsculos. Por último, se practicó la siguiente técnica:

1.° Desengrasaron las escamas con éter durante cinco minutos.

2.° Se pusieron durante cinco minutos en una mezcla de diez centímetros de alcohol absoluto y diez gotas de ácido acético.

3.° Se sumergieron un una mezcla de ciento cincuenta centímetros cúbicos de agua destilada, con una gota de Geimsa puro (48 h.).

4.° Se aclararon primero con xilol fenicado y después con xilol puro.

Puestas entre laminillas se observaron abundantísimos micelios y aparatos de fructificación.

Estos estudios fueron hechos indistintamente con escamas de pintos azules y colorados y se encontraron, unas más que otras, pero todas parasitadas. Ahora bien: si estas observaciones constituían por sí un hecho de importante significación, sin embargo, se imponía el estudio de la piel en todas

sus capas, a fin de averiguar la localización precisa de los micelios y órganos de fructificación observados en las escamas. Por fortuna, en Iguala, después de haber suplicado y ofrecido dinero a muchos pintos, a fin de que se dejaran cortar un fragmento pequeño de piel; la inmensa mayoría no solamente se negaba para esto, sino que se resistían al examen objetivo para el estudio clínico, y siempre encontré dificultades en el interrogatorio; pude, sin embargo, encontrar un individuo que se prestó para que le cortara un fragmento de piel, y que padecía Pinto con manchas azules, coloradas y blancas, consignando en el último capítulo de esta parte su historia clínica. Las máculas acrómicas me aseguró que le habían aparecido muchos años después de habérsele iniciado el pinto azul; de la región dorsal de la mano izquierda, lugar donde tenía una mancha de color semejante al de la herrumbre, y que había sido antes colorada, limitando en su parte externa con una mácula blanca, acrómica. Limpié cuidadosamente la región con alcohol absoluto y algodón estéril, después lavé abundantemente con agua hervida y jabón, volviendo a limpiar con alcohol y algodón suavemente hasta secar, una vez hecho esto anestesié la región con cocaína (0.02) y esperé un poco antes de cortar, tomando un pequeño fragmento de piel profundo hasta el tejido celular y comprendiendo parte de las máculas herrumbrosa y blanca; extendí el fragmento y lo puse entre dos tarjetas de visita, e inmediatamente lo llevé al líquido fijador de Carnoy, modificado, y cuya fórmula es:

Alcohol absoluto.	10 cc.
Cloroformo	10 cc.
Acido acético.	10 cc.

Lo tuve en este líquido quince minutos, después de los cuales lo lavé con alcohol absoluto hasta que desapareció el olor del ácido acético; conservándolo en un frasco con alcohol absoluto hasta mi regreso a ésta, donde se incluyó en celoidina y parafina, practicando con el microtomo dos clases de cortes: transversales y tangenciales ligeramente oblicuos, y de un espesor de nueve a doce micras, tiñéndolos con diversos colorantes, pues en unos se empleó la *Hematoxilina de Carazzi y contrastándolos con la Eosina Orange en partes iguales; otros teñidos únicamente con Eosina Orange Gr.*

Normalmente la piel está constituída por dos capas regulargente superpuestas: primero, una capa profunda llamada

Dermis o *Corion;* segundo, una capa superficial, llamada *Epidermis.*

La Dermis o Corion representa la parte fundamental de la piel, puesto que a ella debe su resistencia, elasticidad y cualidad de membrana sensible. Presenta una cara profunda y otra superficial, ésta limitando con la porción profunda de la epidermis. En su superficie tiene multitud de pequeñas eminencias ordinariamente cónicas, conocidas con el nombre de Papilas, limitando con la epidermis por medio de la membrana basal de Ranvier o capa vítrea de Renault. Además de las Papilas dérmicas, que pueden ser vasculares y nerviosas, la dermis está esencialmente constituída por tejido conjuntivo, fibras elásticas, fibras musculares lisas y grasa, encontrándose también células plasmáticas de Waldeyer (Plasmazellen), y células de Ehrlich (Mastzellen).

La Epidermis o capa superficial de la piel, esencialmente constituída por células epiteliales, llamadas células epidérmicas, procediendo de un origen común, éstas células se modifican en su forma y en su propiedades biológicas a medida que ellas se alejan de la dermis y se agrupan formando capas distintas, notándose, primero, de la cara profunda a la superficial, una hilera de células cilíndricas prismáticas con granulaciones pigmentarias de melanina y que constituye la capa generatriz (stratum germinativum), de donde derivan todas las otras células de la epidermis; a este stratum germinativum se le ha dado el nombre de capa basilar. Después viene la capa de Malpighi o cuerpo mucoso, que se compone de agrupamientos de células poliédricas con granulaciones pigmentarias de melanina en menor cantidad que en la cara anterior; luego está la capa granulosa o stratum granulosum de Unna, que se compone de dos o tres hileras de células aplastadas, según la superficie de la piel, y caracterizadas por la presencia en su interior de granulaciones de eleidina o prokeratógeno de Waldeyer; después está la capa transparente o stratum lucidum de OEhl, formada de células transparentes de núcleo profundamente atrofiado; por último, está la capa córnea o stratum corneum, que es la capa más superficial, compuesta de células keratinizadas y sin eleidina, las más superficiales se desprenden, constituyendo la descamación fisiológica. Todas las células constitutivas de la epidermis evolucionan sin cesar en cada capa, siendo renovadas las células que envejecen y se hacen superficiales por células jóvenes que provienen de las células generatrices de la capa basilar o stratum germinativum.

Ahora bien: en las preparaciones hechas con los cortes de piel, y cuya técnica ya anuncié, se ve en las preparaciones de cortes tranversales, que la capa córnea o stratum corneum, normal en espesor, con apetitos tintóreos más enérgicos, pudiendo atribuirse esto probablemente a alteraciones del quimismo celular, transformaciones diversas de la cleidina. Entre el stratum lucidum y la capa superior del cuerpo de Malpighi, se ven filamentos micelianos, delgados, agrupados en forma de cable (Fig. 2), *y en ciertos puntos penetran al cuerpo mucoso, gracias a ramificaciones desprendidas en forma de T. Los micelios se apelotonan en estas regiones y presentan en los cortes transversales aspecto ovoide. En la porción basal del cuerpo de Malpighi, en la parte correspondiente a la mancha herrumbroso, la células conservan su vitalidad, manifiesta por la buena coloración nuclear, y a medida que se avanza hacia la mácula blanca* (Fig. 3. Microfotografía), *la célula va degradando hasta quedar destruída. En la porción de las manchas herrumbrosas, las papilas dérmicas tienen su aspecto normal, mientras que en la porción de las manchas blancas se encuentran más o menos alteradas; el resto de la dermis no presenta nada anormal, que llame la atención.*

En la preparación de piel de corte tangencial ligeramente oblicuo (Fig. 4. Microfotografía), *se observan filamentos micelianos anastomosados, tubulares, terminados algunos de ellos en inflamentos piriformes* (véase el centro de la figura), *y otros doblemente dicotomizados y adelgazados en su extremidad, agrupados formando un haz limitado* (Fig. 5. Microfotografía), *por la porción superior del cuerpo de Malpighi y la porción inferior del stratum corneum. En consecuencia, estos hechos interesantísimos, y de gran trascendencia científica, demuestran la existencia en la piel de un hongo, y esta afirmación, no apriorística, sino deducida de la observación. de las preparaciones hechas con los cortes de la piel, está al abrigo del argumento de más peso, que el doctor don Angel Gaviño, hiciera al doctor don Gustavo Ruiz Sandoval, diciéndole que el hongo, que él encontrara a la vez que el doctor J. M. Irys, y designara con el impropio nombre de Microsporum Hidalgoense, y que posteriormente Blanchard lo clasificara como Trichophyton pictor, no eran sino hongos depositados accidentalmente en la piel, sin ninguna relación íntima entre ellos y la capa epidérmica. Saludable crítica y argumentación importante contra las afirmaciones del doctor Ruiz Sandoval, puesto que nada más hizo el estudio mi-*

croscópico de las escamas y no al estudio histológico de la piel; además, dada la riqueza de la flora criptogámica de los lugares donde existe el Mal del Pinto, fácilmente se ocurre la posibilidad de existencia en la superficie cutánea de diversos hongos, que pudo haber observado y quizá correspondido al que designara con el nombre de Microsporum Hidalgoense. Pero si esta observación es lógica y se impone, deja de tener valor desde el momento en que el hongo existe en la intimidad misma de las células epiteliales de la epidermis. Los resultados de estos estudios histológicos sirvieron de mucho, puesto que, además de fijar la orientación de las subsecuentes investigaciones, prueban y vienen a confirmar la analogía del Mal del Pinto con el Caraté de Colombia, dado que coinciden las descripciones con las que Sabouraud hace de la localización y caracteres del hongo que produce el Caraté.

CAPÍTULO II

Estudio micológico del Mal del Pinto

Agotado el material que traje de mi primer viaje al Estado de Guerrero y terminado que fué el estudio histológico, mi maestro, doctor don Jesús González Urueña, me hizo el favor de enviar a Sabouraud algunas escamas con sus historias clínicas respectivas. Entretanto, procedí a hacer siembras con escamas en el medio especial aconsejado por Montoya y Flores para el cultivo del hongo que produce el Caraté, y cuya técnica después describiré en detalle. Antes de seguir adelante, debo decir que las escamas que se mandaron a Sabouraud, y de las que también me serví para hacer las siembras en el medio especial de cultivo ya citado, tenían tres meses de haber sido recogidas; y las siembras dieron en varios tubos colonias de saprofitos ordinarios de la piel, predominando la colonia de un bacilo que tenía todos los caracteres del bacilo subtilis y muy semejante al descripto por el doctor Gaviño en su estudio sobre Patogenia del Mal del Pinto. Deseando aclarar esto, consulté al distinguido bacteriólogo doctor don Ernesto Cervera, quien, bondadosamente, me resolvió el punto, opinando que seguramente se trataba del Bacilo subtilis.

Poco tiempo después se recibió la contestación de Sabouraud, diciendo, en carta fechada en París el 27 de julio de 1920, que había recibido las escamas, las que luego había sem-



Fig. I

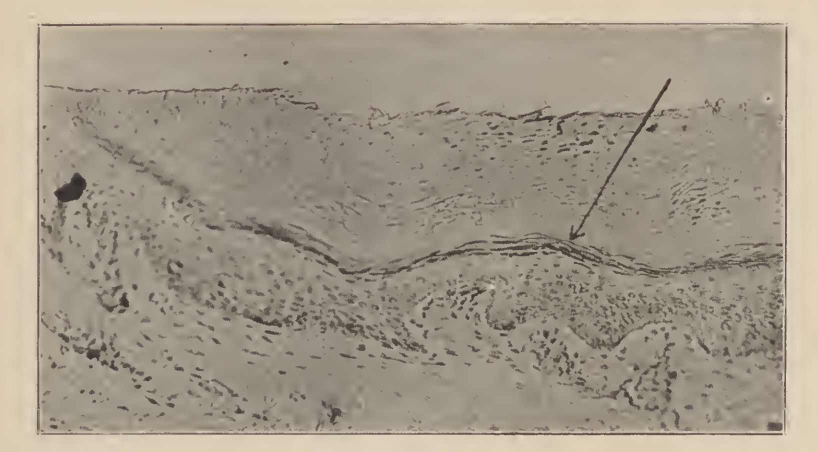


Fig. II

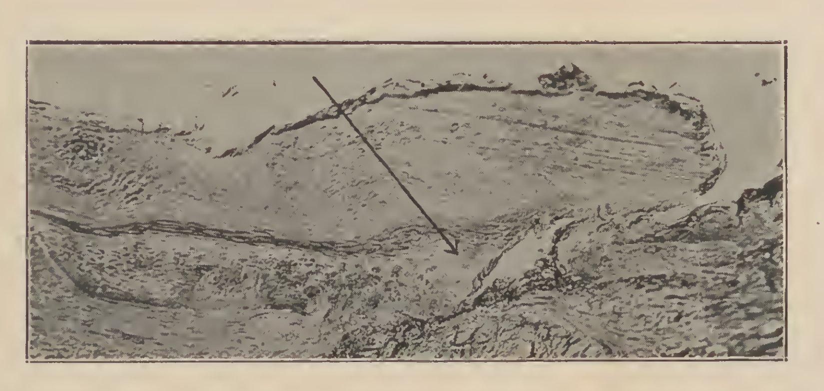


Fig. III

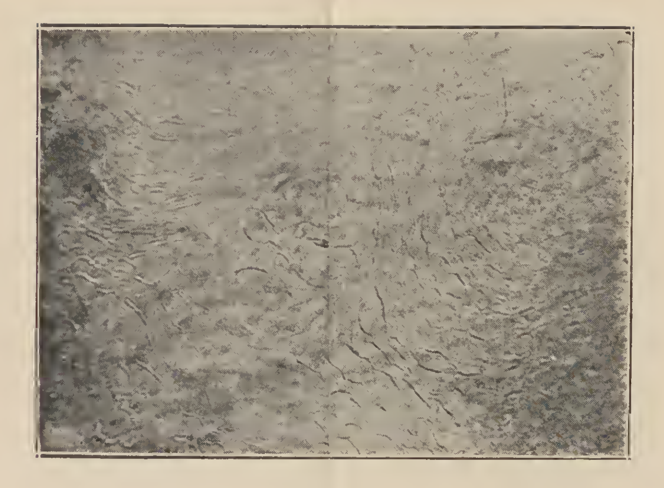


Fig. IV

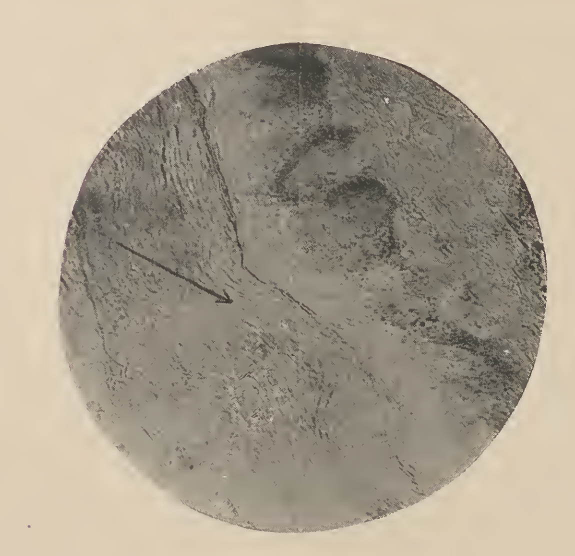


Fig. V

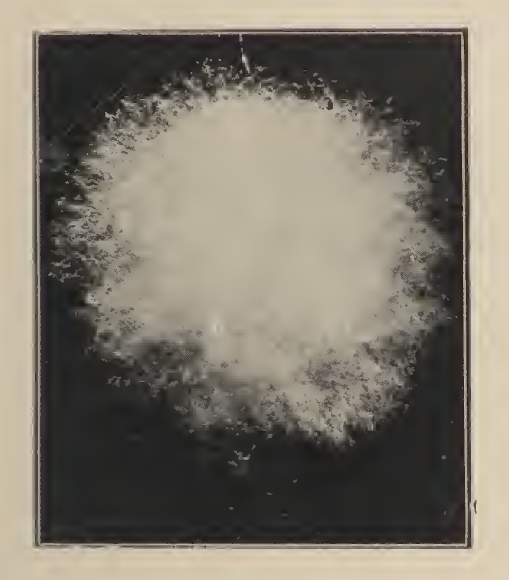


Fig. VI



Fig. VIII



Fig. X

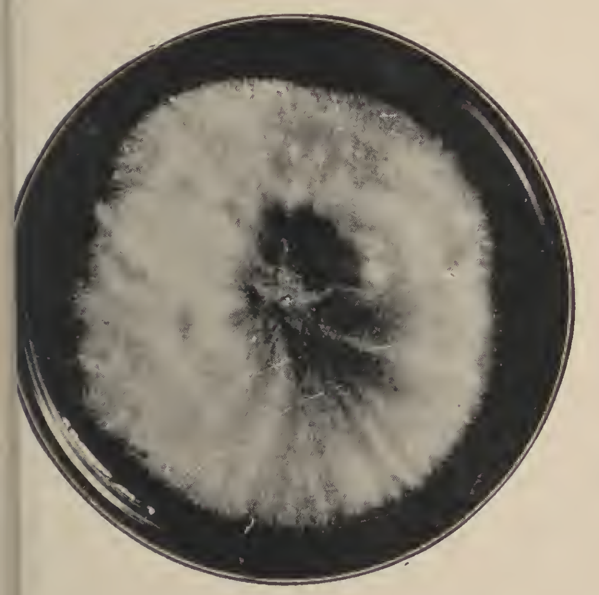


Fig. VII



Fig. IX



Fig. XI

brado en el medio propicio, obteniendo únicamente cultivos de saprofitos y haciendo observar que en todas las micosis hay necesidad de hacer las siembras inmediatamente, porque los parásitos micósicos de las escamas mueren luego, y agrega que por esta causa él nunca ha podido obtener cultivos del Tokelau, debido a que el parásito muere en el curso del trayecto.

Con esta bondadosa y oportuna contestación, a la vez que venía a corroborar los resultados obtenidos en las siembras que hice, me daba el consejo de la conducta que se debe seguir en tales casos. Me decidí entonces a hacer un nuevo viaje al Estado de Guerrero, y procedí, desde luego, a hacer el medio de cultivo aconsejado por Montoya y Flores para el hongo del Caraté. Como no tuviera a la mano la tesis de tan distinguido médico, recurrí al capítulo que sobre el Caraté escribe Sabouraud en "La Pratique Dermatologique" de Besnier, Brocq y Jaquet, donde aconseja preferentemente los medios de cultivo de gelosa peptonizada y glicerinada al cuatro por ciento; la gelosa con mosto de cerveza, la papa glicerinada y el líquido de Raulin. Como no encontrara más detalles sobre el particular, en el capítulo mencionado, ocurrí a la interesante obra sobre las "Tiñas", del mismo autor, donde encontré descripta la técnica para la preparación del medio de cultivo de los hongos de la tiña, y cuya técnica seguí y paso a describir.

Conseguí, con no pocos trabajos, el material apropiado, consistente en: *Peptona granulada de Chassaing, Glicerina doblemente destilada y químicamente pura de E. Schering, y Gelosa.* Las proporciones en que se deben poner estas sustancias son:

Agua potable (de la llave) . . .	*1,000 cc.*
Gelosa.	*18 gr.*
Peptona granulada de Chassaing . .	*10 gr.*
Glicerina de E. Schering	*40 gr.*

1.° Se procede poniendo poco más de la mitad del agua en un matraz perfectamente limpio, de dos litros de capacidad.

2.° Se agrega la gelosa en pequeños trozos.

3.° Rápidamente se pesa la Peptona y se pone en el matraz.

4.° En una probeta de pie, graduada, perfectamente limpia y lavada con agua destilada, se pone la glicerina lentamente; vertiéndose en seguida en el matraz con embudo de cristal.

5.° Como queda en la probeta y en el embudo parte de la glicerina adherida, se le pone agua de la que quedó por poner, hasta terminar con ella.

Hechas estas operaciones, se tapa el matraz con algodón estéril y conviene dejar macerando la gelosa, durante unas doce horas, al cabo de las cuales se lleva al autoclave hasta 120° c., teniendo cuidado de no cerrar la llave de escape, hasta que sale un chorro de vapor continuo. Luego se filtra, usando papel Chardin, unas dos o tres veces, pero, como esta operación es demasiado lenta, se logra activar un poco haciéndola dentro del autoclave, cuidando de conservar la temperatura un poco elevada, a fin de impedir la solidificación del medio. También se puede hacer el filtrado sin recurrir al autoclave, llevando directamente el matraz a un calentador eléctrico, cuidando de taparlo con algodón estéril, protegido y sujetado por una gasa, una vez que la gelosa se disuelve se vierte el contenido del matraz en otro que se tiene listo, y se repite esta operación unas cuatro o cinco veces, con las que generalmente se obtiene un medio bastante transparente y limpio. Después, todavía caliente, se vierte en un embudo grande, que lleva en su extremidad un tubo de hule provisto de otro tubo de vidrio de extremidad afilada; en el tubo de hule se pone una pinza de Morh que cierre bien; lleno el embudo del medio de cultivo, se vierte éste en los tubos, que conviene sean de diez y seis centímetros de largo por dos de diámetro, previamente lavados con agua y una solución de Bicromato de Potasio y Acido Sulfúrico, a fin de desengrasarlos, los que se esterilizan; se pone en cada tubo de cuatro y medio a cinco centímetros cúbicos de gelosa, teniendo la precaución de que no escurra, a fin de evitar que después se adhiera el tapón a la paredes del tubo. Agotado el medio de cultivo, se cubren las extremidades libres de los tubos con papel de estaño, con objeto de evitar que el vapor de agua humedezca los tapones; en posición vertical se llevan al autoclave, a fin de esterilizarlos y se esperan unos siete minutos, tiempo que tarda, poco más o menos, en salir un chorro de vapor continuo; doce minutos después, generalmente la aguja del manómetro ha llegado a 120° y en este preciso momento se desconecta la corriente eléctrica, esperando unos veinte minutos, para que la aguja marque cien grados, y, entonces, con mucha precaución y lentamente, se va abriendo la llave de escape de vapor del autoclave. Se abre éste, se sacan los tubos, que se ponen sobre una mesa con una inclinación con-

veniente, posición en que deben permanecer unas doce horas, tiempo suficiente para que se solidifique la gelosa.

Con suficientes tubos de medio de cultivo, fuí de nuevo a Guerrero, en el mes de agosto, y procedí a sembrar escamas de pintos en el mismo lugar con la siguiente técnica:

Lavaba perfectamente bien, con agua hervida y jabón, las manchas elegidas, preferentemente las escamosas, secando con suavidad con algodón estéril. No usé antisépticos, por temor de destruir los parásitos. Hecho esto y teniendo en cuenta el conocimiento adquirido por el estudio histológico de la piel, de la localización del hongo inmediatamente abajo de la capa córnea, o stratum corneum, tomé las escamas con pinzas de disección estériles, procurando coger las capas superficiales de la epidermis, luego ponía las escamas por su porción superficial sobre una lámina portaobjeto, fragmentando la escama en pedacitos puntiformes, los que sembraba en número de tres en cada tubo, procurando conservar distancias iguales. Así sembré cincuenta tubos, que me traje inmediatamente, y a los tres días tuve la fortuna, que mucho me alegró, de ver aparecer, en algunos tubos, colonias de hongos características, y en otros desarrollarse también colonias semejantes a las obtenidas en mis primeras siembras, hechas con escamas envejecidas. Procuré inmediatamente obtener cultivos puros, y, a fin de lograrlo, hice siembras repetidas de las colonias de hongo, en nuevos tubos; una vez logrado esto, como tenía dos clases de colonias macroscópicamente distintas, procedí a estudiarlas, encontrando que una tenía mucha analogía con los caracteres de los micelios y órganos de fructificación observados en las preparaciones hechas con los cortes de piel. Esta colonia correspondía a las siembras hechas con las escamas de una pinta que llevaba preferentemente manchas coloradas, pero que también tenía azules y blancas, y cuya historia clínica la consigno en el capítulo correspondiente; el hongo se desarrolla admirablemente a la temperatura ambiente del Laboratorio (15-20° c.), de suerte que no se tiene que recurrir a la estufa de temperatura constante; a las diez horas de haber hecho la siembra, aparecen en derredor del punto sembrado los micelios, bajo la forma de finísimos hilos de color blanco, un poco brillantes y sumamente delgados; a las veinticuatro horas han crecido estos filamentos micelianos, y han aumentado en cantidad, pero siempre irradiando del centro y dándole a la colonia aspecto característico, de forma regularmente circular y levantándose un poco en su periferia, sobre la superficie del medio de cultivo; a las cincuenta y seis

horas comienzan a trepar los micelios por las paredes del tubo; la colonia, desde entonces observable al microscopio dentro del tubo, se desarrolla preferentemente en el sentido de su longitud; a los seis días principia a aparecer una coloración amarillenta en la base de la colonia, que lentamente se va transformando en roja, y, a medida que envejece, se oscurece y toma aspecto herrumbroso. Observaciones hechas en los micelios, sin menstruo de ninguna clase, con objeto de medir su espesor, dieron tres micras y diez micras como mínimo y máximo respectivamente, y como promedio de las medidas, ocho micras. Haciendo siembras en cajas de Petri, se ve claramente el desarrollo circular de la colonia, como se puede apreciar en las figuras 6 y 7 de una fotografía tomada a los cinco días de desarrollo y se ve su color blanco, semejando algodón. Ensayé después cultivarlo en el líquido de Raulin y, al efecto, lo preparé de acuerdo con la siguiente fórmula:

Agua.	1,500
Azúcar candi	70
Acido tártrico	4
Nitrato de amoníaco . . .	4
Fosfato de amoníaco	0.60
Carbonato de potasa	0.60
Carbonato de magnesia . . .	0.40
Sulfato de amoníaco	0.25
Sulfato de hierro	0.07
Sulfato de zinc	0.07
Silicato de potasa	0.07
Carbonato de manganeso . .	0.07

habiéndose desarrollado en este líquido admirablemente.

Según la respetable opinión del señor profesor don Isaac Ochoterena, por tener este hongo las corpoascas provistas, por lo común, de un Peridum lleno de ascas y desprovisto de apéndice, hace comprender este hongo en la familia de las "Aspergilaceas"; por sus conidióforos ramificados, por la típica dicotomía, por las finas septas y por los delicados esterigmatos agrupados en verticilos, parece inconcuso que debe este parásito clasificarse en el género "Penicillium" (Fig. 8).

La resistencia a temperaturas relativamente elevadas (34°, 37° c.), la presencia, en los conidios, de un pigmento rojo, que vira con la edad a un moreno herrumbroso, permiten considerar que esta especie es "afín" al Penicillium roseum L. k. o al Penicillium purpurogenum de Stoll.

Con el fin de establecer la identidad de este hongo, hice inoculaciones en el cuy y en el conejo, pero, desgraciadamente, sin resultados; muy explicable esto, dado que, seguramente, no son las condiciones climatológicas de México propicias para su desarrollo en los animales. Esta prueba, de valor inestimable, si hubiera sido positiva, está compensada por el hecho de la existencia en la piel de un hongo, prueba demostrativa por sí, y, en último análisis, de tanto valor como la prueba de inoculación. Sin embargo que se comprende fácilmente la importancia capital de estos hechos, se impone la necesidad de seguir las investigaciones en este sentido, pues, a mi juicio, después de haber determinado las diferentes especies de hongos, posiblemente distintas para cada variedad de pinto, y de hacer un estudio biológico cuidadoso, determinando las sustancias nocivas para su desarrollo, entonces se podrá deducir, entre otras cosas, la profilaxis y terapéutica racionalmente científica para el caso.

CAPÍTULO III

Historias clínicas

Antes de consignar las historias clínicas, quiero hacer algunas consideraciones a este respecto. Creo muy importante el estudio clínico del Mal del Pinto, porque, quien haya leído las monografías escritas sobre este interesante tema, se habrá convencido de la confusión que hay sobre el particular, y casi todos los autores difieren en sus descripciones y no están de acuerdo, ni en el número de formas clínicas, ni en su evolución; y así vemos que si unos describen tres variedades distintas, como lo hace el barón J. W. Muellen, constituídas por el Pinto azul, colorado y blanco, otros, como el doctor Chassin, aceptan la unidad de la entidad morbosa, y afirman que no son sino los diversos grados de la misma enfermedad. Iguales contradicciones se encuentran al considerar su evolución. Tal desacuerdo forzosamente se corregirá y aclarará cuando se haga un estudio cuidadoso, que reuna numerosas observaciones en largo plazo; y mis estudios a este respecto no son suficientes para deducir conclusiones, pues son en corto número y las consigno únicamente para que se tenga una idea de los casos que me sirvieron para recoger el material que estudié.

Número 1.—E. B., natural de Atzcapotzalco de Aquicira, (Gro.), soltero, de 35 años de edad.

Presenta manchas en la región frontal, parte superior de las narices y pómulos, cara externa y posterior de los brazos y caras posteriores de los antebrazos, dorso de las manos, región lombo-sacra, escapular derecha, región glútea izquierda, caras anteriores de los muslos, piernas y dorso de los pies. En la cara la mácula es única, de color azuloso, de forma irregular y uniformemente colorida, brillante y lisa, al tacto impresiona como si la piel estuviera untada de plombagina. En el resto de las regiones enumeradas, se ven igualmente máculas, que en los miembros inferiores son grandes manchas que cubren toda la pierna y se extienden a la parte anterior del muslo; tienen color azuloso, aun cuando menos aparente que la de la cara, y llama la atención que en las regiones donde la piel está en contacto con salientes óseas, hay escamas blanco-amarillentas, gruesas, adherentes; existiendo estos elementos eruptivos en las regiones correspondientes a la parte ántero-superior de las tibias, regiones trocanterianas y en los codos. Las máculas de la región escapular, de forma geográfica, tienen escamas finas, adherentes, discrómicas y reventadas en su centro. Al desprenderlas dejan ver manchas con los caracteres descritos a la de la cara y llama la atención que las escamas se desprenden fácilmente en forma de grandes colgajos.

Dice estar enfermo de esta dermatosis desde hace doce años, empezándole la enfermedad cuando vivía en Atzcapotzalco de Alquicira, lugar donde hay muchos enfermos de Pinto azul. Principió en la parte inferior y anterior de la pierna izquierda, como un empeine del tamaño de una moneda de un peso, de color azuloso, y de ese lugar se le ha extendido a todo el cuerpo. Manifiesta que las máculas nunca le han cambiado de color y hace notar que se le cubren de escamas, que al caer dejan la piel manchada y lustrosa. Nunca ha tenido síntomas subjetivos. Es hijo de padre que padece Pinto azul. Tiene dos hermanos sanos. Ha sido siempre sano. Es fumador.

Número 2.—D. C., natural de Buenavista de Cuéllar, Gro., casado, de 55 años de edad.

Presenta una erupción preferentemente localizada en las piernas y en los muslos, sobre todo en las caras posteriores de éstos (fig. 1). Existen máculas rojizas que no desaparecen por la presión, de bordes levantados, unas puntiformes cubiertas por escamas gruesas, blancas y adherentes. El proceso de descamación es intenso. Al tacto se siente la piel untuosa, como cubierta con estearina. En los antebrazos existen elementos eruptivos semejantes: máculas del tamaño de una lenteja, próximas, separadas por la piel, de aspecto normal. En las máculas se ve la piel liquenificada y estando cubiertas por escamas con los caracteres ya descritos, teniendo la escama este otro carácter: adherida por su periferia y reventada en su centro, de tal suerte que parece formar un collar a la mácula.

En el resto del cuerpo no se ven los elementos eruptivos ya descritos, y sólo llama la atención el desarrollo enorme de pelo en la región preesternal y posterior del tórax, así como también la hiperhidrosis de estas mismas regiones.

Dice tener escozor intermitente. Está enfermo desde hace 30 años y cree haberse contagiado de otro Pinto con quien vivía. Ha vivido en Tlasmalá, Tenixtla, lugares donde hay muchos enfermos de Pinto. Su mamá padeció de Pinto azul y su padre de Pinto colorado. Tiene cinco hermanos y sólo uno padece de Pinto colorado. Ha sido siempre sano. Es fumador y siempre ha trabajado de herrero.

Número 3.—M. L., natural de Buenavista de Cuéllar, soltera, de 38 años de edad, doméstica.

Presenta en la cara máculas que invaden las regiones frontal, malar, nasal, mentoniana y labio superior. Son máculas azulosas, de forma geográfica, de aspecto brillante sobre un fondo rojizo, dándole aspecto impresionante, semejando a las caras pintadas de los payasos. En los miembros superiores, desde la región deltoidea hasta las extremidades de los dedos, se extiende una mancha en forma de banda, que ocupa las caras externas de los brazos, todo el antebrazo, al que le forma una especie de manguito, dorso de las manos y dedos. La mácula, vista a distancia, tiene aspecto granujiento y azuloso y sólo en el dorso de las manos se ve ligeramente rojiza. Inspeccionada de cerca y con la lente, se ven multitud de puntos acrómicos y en la región correspondiente al codo de ambos brazos, parte anterior de las muñecas y región de las apófisis radiales y cubitales, se observan máculas acrómicas vitiligoides, lisas y brillantes, sin haber en su periferia hiperpigmentación. En el dorso hay infinidad de manchas coloridas, azulosas sobre fondo rojizo, del tamaño de una lenteja las más grandes, y otras puntiformes, separadas por espacios de piel de aspecto normal. En los miembros inferiores, desde la región glútea hasta el pie, existen máculas con los caracteres de las ya descritas, localizadas en la cara externa y anterior del muslo, toda la pierna y dorso de los pies. Llama la atención que en las piernas, y sobre todo en las rodillas, hay abundantes escamas poco adherentes y semejantes a la mica. En las regiones plantares hay hiperqueratosis. Examinada que fué de su boca, llama la atención el eritema difuso intenso que tiene toda la mucosa, sobre todo manifiesto en la labial.

Dice estar enferma desde hace poco más o menos 30 años y refiere que su mamá le dijo que le había comenzado por las piernas; y hace dos años que aparecieron las manchas blancas de los codos y de las muñecas. Siente ligero prurito. Es hija de madre pinta. Tiene cuatro hermanos y todos ellos son sanos. Nunca ha salido de este pueblo.

Número 4.—M. R., natural de Buenavista de Cuéllar. Gro., viudo, de 70 años de edad. Ha sido labrador y arriero.

Presenta manchas blancas localizadas a la parte inferior de los antebrazos, región correspondiente a la parte superior de las pri-

meras falanges, regiones trocanterianas, caras anteriores y externas de las piernas y regiones maleolares. Las máculas son de tamaño variable, dominando las pequeñas, siendo éstas de medio centímetro, y sólo las de las regiones trocanterianas tienen aproximadamente tres a cuatro centímetros. Las manchas son acrómicas, de superficie lisa y de aspecto atrófico, de forma irregular, geográficas unas y otras redondas. En las regiones trocanterianas, al lado de las manchas, existen escamas finas, adherentes, que al desprenderlas dejan una superficie lisa y acrómica.

Manifiesta padecer de esta dermatosis desde hace cuarenta años, habiendo principiado a estar enfermo en Tlasmala, lugar donde hay muchos pintos, y cree que se contagió por haber usado unos zapatos de otro pinto. Comenzó por los pies, con empeines colorados escamosos que al descamarse le dejaban manchas rojizas. Refiere que hasta últimamente le han aparecido las manchas blancas y hace notar que él era de piel blanca. Es hijo de padre pinto y tuvo tres hermanos que también padecieron Pinto. Tiene dos hijas sanas. Su esposa tampoco fué pinta. No ha tenido ni tiene ninguna molestia. Ha padecido paludismo y es fumador.

Número 5.—T. V., natural de Buenavista de Cuéllar, Gro., casado, de 60 años de edad. Leñador y sembrador.

Presenta en la cara manchas, manifiestas, sobre todo en las narices y en las regiones malares, son azulosas, de forma geográfica, de superficie lisa y brillante. En la cara externa de los brazos y en todo el antebrazo, existe el mismo proceso maculoso, llamando la atención la uniformidad e intensidad en su coloración azulosa. En el dorso de las manos, en las zonas correspondientes a la parte superior de las primeras falanges, existen máculas acrómicas vitiligoides, sin haber en su periferia hiperpigmentación. En la parte posterior y laterales del tronco existen grandes máculas que por su proximidad casi cubren toda la superficie, teniendo caracteres semejantes a las manchas ya descritas, y sólo en la parte media y anterior del tórax y abdómen es donde se ve la piel de aspecto normal, color moreno. En los miembros inferiores existe el mismo proceso maculoso, marcadamente intenso en las regiones glúteas, cara externa y parte de la cara posterior de los muslos y ambas piernas, las que parecen como cubiertas por un barniz azuloso brillante que les da un aspecto aterciopelado (fig. 9). En la región trocanteriana izquierda existe una mancha color rosa pálido, de forma geográfica, como de dos centímetros de largo por uno de ancho, presentando a su vez puntos de pigmento negro que contrastan con la coloración azulosa de la vecindad.

Dice estar enfermo de esta dermatosis, desde hace quince años. Le principió apareciéndole en las piernas manchitas de color azul, aproximadamente del tamaño de un décimo, las que le fueron creciendo y generalizando poco a poco. Manifiesta que hasta hace cuatro años, poco más o menos, que le aparecieron las manchas blancas de las manos. No refiere síntomas subjetivos. Hijo de pa-

dres sanos. Tiene tres hijos y sólo uno padece de Pinto azul. Ha padecido paludismo. Es de costumbres moderadas.

Número 6.—J. U., natural de Guayabo, Gro., soltero, de 20 años de edad. De oficio labrador.

Presenta máculas diseminadas en la cara y en todo el cuerpo. En la cara, las manchas, unas son redondas, de un centímetro de diámetro, y otras más grandes y de forma irregular, todas son de color azul, brillantes y lustrosas, semejando al pavón. En los miembros superiores, sobre todo en los antebrazos, las manchas son en su mayoría numulares; en el antebrazo derecho, las máculas que hay llaman la atención porque presentan en su centro ligera discromía rodeada de una zona coloreada azul. En el tronco hay abundancia de manchas con caracteres semejantes a los de las máculas ya descritas, y sólo llama la atención el tamaño de la mancha que existe en la región lombo-sacra y que mide 19 centímetros en su mayor longitud; tiene forma geográfica y está uniformemente coloreada de azul. En los miembros inferiores el proceso maculoso existe menos manifiesto. Debo hacer notar que en este enfermo, debido a que es aseado y usa calzado, pude observar con atención las regiones plantares, que no presentan nada anormal.

Dice padecer de esta dermatosis desde hace tres meses, habiéndole principiado por la cara, donde le aparecieron manchitas azules. De la cara se han ido extendiendo a todo el cuerpo, advirtiendo que al mismo tiempo que le aparecieron las manchas de la cara, le apareció una especie de empeine localizado al lugar donde actualmente existe la mancha de mayor superficie, es decir, en la región lombosacra.

No hay síntomas subjetivos. Ha vivido en lugares donde hay pocos pintos y tiene cinco años de residencia en Buenavista de Cuéllar, Gro. Ha sido siempre sano.

Número 7.—A. S., natural de Huitzuco, Gro., casado, de 35 años de edad y de oficio herrero.

Presenta en las regiones nasal, palpebral superior y frontal, máculas uniformemente coloridas de azul, lisas, lustrosas y que no hacen saliente sobre la piel. En los miembros superiores y únicamente en las caras externas de éstas, existe una mancha en forma de banda, que se extiende hasta la mano, discrómica, contrastando con las máculas azulosas de la cara. En los miembros superiores se ven máculas más pequeñas, puntiformes, negruzcas. En las regiones de los codos hay manchas francamente acrómicas de aspecto vitiligoide, lisas, sin haber en su periferia hiperpigmentación. Las manchas de los miembros superiores se extienden a las regiones escapulares que invaden, ya no bajo la forma de banda, sino que existen máculas, unas numulares y otras de forma geográfica, unas y otras separadas por piel de aspecto normal, color moreno. En la región lumbar hay manchas con caracteres semejantes. En los miembros inferiores existen igualmente máculas agrupadas en forma de banda, extendiéndose desde las regiones glúteas, que están total-

mente invadidas, a la porción externa de los muslos, cara posterior. externa, y parte de la cara anterior de las piernas. En las rodillas hay manchas acrómicas vitiligoides, semejantes a las que existen en los codos, ya descritas. Llama la atención que en el tronco, abdómen y tórax, no hay ningún elemento dermatológico.

Refiere estar enfermo desde hace veinte años, habiendo principiado por la cara, bajo la forma de manchitas azules, pequeñas, que le han ido creciendo progresivamente. Hace notar que los miembros superiores e inferiores nunca se le han manchado de azul. No tiene ni ha tenido ninguna molestia. Ha vivido en Huitzuco, lugar donde hay muchos pintos. Es hijo de padre pinto. Su esposa padece Pinto azul, advirtiendo que era pinta desde antes de casarse. Tiene tres hermanos y sólo uno tiene Pinto azul. Ha sido sano. Es fumador.

Número 8.—M. F. A., natural de Atzicuitla, Gro., soltera, de veinte años de edad. Doméstica.

Presenta una mácula que invade toda la cara, excepto una pequeña porción de la región frontal, correspondiente a la parte superior y como de dos centímetros de ancho. La mancha está uniformemente colorida de azul, de aspecto lustroso, y al tacto es lisa. En el labio superior, e invadiendo la mucosa de la boca, existe una mancha de color rosado pálido y que, por su coloración contrasta con las regiones vecinas, de color azul. En los miembros superiores, y de éstos sobre todo, en las caras posteriores y externas de los antebrazos, se ve la piel uniforme e intensamente colorida, pareciendo estas regiones como si se hubieran barnizado intencionalmente de azul negruzco. En las regiones de las apófisis, cubital, radial y extremidades superiores de las primeras falanges, existen manchas acrómicas lisas, de bordes festoneados, sin hiperpigmentación en su periferia y contrastando con las zonas vecinas coloreadas uniformemente de azul (fig. 10). En los miembros inferiores existen manchas acrómicas, múltiples, diseminadas en la parte anterior y externa de los muslos y a toda la pierna, llamando la atención por su tamaño las que existen en las regiones rotulianas, que casi las ocupan en su totalidad. En las regiones plantares, talón sobre todo, hay proceso de hiperkeratosis y manchas acrómicas en el resto. Debido a escrúpulos de su sexo, no me fué posible hacer un examen minucioso de todo su cuerpo.

Refiere estar enferma desde niña, sin poder precisar la fecha. Ignora el lugar por donde principió a mancharse. Es hija de padres pintos y tiene tres hermanos, dos de los cuales padecen de Pinto azul.

Número 9.—Z. L., natural de Aguchitlán, Gro., soltero, de 20 años de edad. Ha sido jornalero y actualmente es soldado.

Presenta máculas en toda la cara, en la nuca y en el cuello, de forma geográfica, uniformemente colorida de azul obscuro. En los miembros superiores tiene máculas azules que casi son negruzcas, siendo las más grandes de dos centímetros, y las más pequeñas puntiformes, habiendo ligera discromía en el resto de la piel. En el

dorso de las manos se ve la piel colorida de azul y liquenificada. Las palmas de las manos tienen acromía vitiligoide, sin hiperpigmentación periférica; en las regiones correspondientes a las apófisis superiores de las primeras falanges y por su cara dorsal, así como en las regiones periarticulares de las falanges y caras laterales de los dedos se ven manchas francamente acrómicas, lisas y cuya superficie sangra con mucha facilidad. La parte anterior del tórax y el vientre están invadidos por máculas con caracteres semejantes a los descritos a las manchas de la cara. Los miembros inferiores están totalmente invadidos por numerosas máculas de diversos tamaños y de color azul obscuro de aspecto brillante; así como también existen múltiples manchas acrómicas vitiligoides de superficie lisa. En las regiones rotulianas, las máculas acrómicas son las de mayor superficie. Igualmente en las regiones maleolares hay máculas acrómicas vitiligoides. En las piernas existen algunas escamas finas, adherentes y delgadas.

Dice estar enfermo de esta dermatosis desde hace tres años, habiendo principiado por el dorso de las manos y la frente, por una manchita azul, que se le fué extendiendo y generalizando a todo el cuerpo; después le han aparecido las manchas blancas de las manos. No tiene síntomas subjetivos. Es hijo de padres sanos. Ha tenido dos hijos que murieron de la edad de un año y de dos años respectivamente, sin haber padecido Pinto. Refiere que en su pueblo todos creen que los mosquitos son los que trasmiten el Pinto. Ha vivido en Aguchitlán, San Pedro y San Antonio, Gro., lugares donde hay muchos Pintos. Ha padecido gonorrea y paludismo. Es alcohólico y fumador.

Número 10.—J. A., natural de Buenavista de Cuéllar, Gro., soltero, de 34 años de edad, de oficio labrador.

Presenta manchas diseminadas en todo el cuerpo, preferentemente localizadas en las regiones deltoideas y caras anteriores de los antebrazos, parte anterior del tórax, abdómen, regiones glúteas, sobre todo la derecha, muy poco en la parte anterior y posterior de los muslos e intensamente manifiestas en las rodillas; son manchas acrómicas de forma geográfica, de bordes irregulares y de tamaño variable, siendo las de la región deltoidea las más grandes, pues por su superficie ocupan toda la región, existen también puntiformes. Como digo anteriormente, son acrómicas y tienen aspecto vitiligoide, siendo de notarse que en su periferia no existe hiperpigmentación. Hay igualmente en todo el cuerpo numerosas máculas, pequeñas, del tamaño de una lenteja, de color café, semejantes a las efélides. En el dorso de las manos hay una mancha rojo-obscura que invade hasta la porción inferior de los antebrazos. En el codo del lado izquierdo existen pequeñas escamas poco adherentes y finas.

Dice estar enfermo desde hace seis años poco más o menos, habiendo principiado por las rodillas, por manchitas coloradas escamosas, y las cuales se le fueron extendiendo lentamente a todo el cuerpo. Manifiesta que él era de piel blanca. No tiene síntomas sub-

jetivos. Hijo de padres sanos. Ha vivido en lugares donde hay pintos. Ha padecido fiebres. Es hombre de costumbres moderadas.

Número 11.—S. E., natural de Buenavista de Cuéllar, Gro., soltero, de 40 años de edad y de oficio leñador.

Presenta grandes máculas rojizas que invaden totalmente la cara y parte del cuello, hasta donde le cubre la camisa. En el miembro superior derecho, hay una mácula rojiza que se extiende en forma de banda, desde el hombro a toda la cara externa del brazo; los antebrazos están totalmente invadidos por la mancha, siendo en la parte inferior algo pitiriásica. En el miembro superior izquierdo, sólo en la región del codo, existe la mácula rojiza de aspecto liso y lustroso. En el dorso de la mano izquierda se ve algo de rubicundez. En el resto de los miembros superiores hay manchas cafés, puntiformes, en gran número, y semejantes a la efélides. En la región lumbar hay algo de rubicundez. En las piernas, el color rojizo es manifiesto, y en las regiones correspondientes a la rótula y parte superior de las tibias se ven escamas gruesas y adherentes. En los muslos la rubicundez es poco manifiesta. En la región glútea derecha la coloración rojiza es más marcada que en las otras regiones; las trocanterianas, además de estar rojizas, tienen manchas puntiformes cafés. Tiene hiperkeratosis plantar y palmar.

Dice estar enfermo desde hace quince años aproximadamente, ignorando por dónde le principió. Ha vivido en lugares donde hay muchos pintos. No tiene síntomas subjetivos. Su abuelo padeció Pinto azul. Es hijo de padres sanos. Tiene seis hermanos y sólo dos padecen Pinto colorado.

Número 12.—J. I. C., natural de Huetamo de Núñez, Mich., soltero, de 31 años de edad. Fabricante de jabón desde la edad de 18 años, en que ya padecía Pinto.

Presenta en la región frontal y pómulo derecho manchas uniformemente coloreadas de azul, de forma geográfica y contrastando con la coloración rojiza del resto de la cara, lo que le da un aspecto curioso e impresionante. En los miembros superiores tiene numerosas manchas puntiformes, semejantes a las efélides, abundando sobre todo en la región deltoidea, cara externa del brazo y misma cara del antebrazo. En el dorso de la mano izquierda tiene una mácula de color semejante al de la herrumbre, de forma geográfica, y que invade casi en su totalidad el dorso; dicha mácula está limitando por su parte externa con una mancha blanca, acrómica, de aspecto vitiligoide, pero sin haber en su periferia hiperpigmentación. En las regiones correspondientes a las extremidades de las primeras falanges, caras externas de las mismas y en todas las superficies de las segundas hay también manchas acrómicas vitiligoides. En la cara anterior de la articulación del puño, del mismo lado izquierdo, existe también una mácula acrómica con iguales caracteres; en el miembro superior derecho existen elementos semejantes. En el tronco hay en gran número manchas semejantes a las efélides, y sólo la región del vientre aparece de

aspecto normal. En los miembros inferiores existen, en número considerable, máculas puntiformes, parecidas a las efélides. En las regiones maleolares existen manchas acrómicas, vitiligoides, de forma geográfica y limitadas a la región donde la extremidad ósea hace saliente.

Dice estar enfermo desde hace veinte años aproximadamente, siendo antes su color natural semejante al de las máculas puntiformes. Comenzó a estar enfermo simultáneamente por los pies y las manos, advirtiendo que en esa época no usaba calzado, y después se le extendió a todo el cuerpo. Ha vivido en Tlachapa, Gro., Turicio, Mich. (lugar donde vivía cuando principió a estar pinto), en Balsas, lugares todos donde hay muchos pintos. Nunca ha tenido ninguna molestia, sino la preocupación moral intensa, que, según expresión de él, lo ha obligado a vivir aislado de los demás, y actualmente manifiesta estar profundamente agobiado por su dermatosis, que le ocasiona momentos de desesperación, que constituyen terrible martirio, porque no ha podido contraer matrimonio.

Ha padecido escarlatina, sarampión, paludismo y reumatismo. Refiere haber padecido chancros, pero no me fué posible precisar su naturaleza. Tiene adenitis inguinal y epitroclear. Hijo de padres sanos. Tiene cuatro hermanos y sólo uno padece Pinto colorado. Es de costumbres moderadas.

Número 13.—Z. B., natural de San Nicolás del Oro, Gro., soltero, de 35 años de edad, de oficio barretero.

En las regiones frontal y malar se ven máculas rojizas de forma geográfica y cuya rubicundez no desaparece por la presión. En la región deltoidea, porción externa e inferior del brazo y cara posterior del antebrazo derecho, existen máculas rojizas que a su vez tienen manchitas puntiformes cafés, semejantes a las efélides. En la porción anterior de la articulación del puño se ven máculas del tamaño y forma de una lenteja, unas, y otras más pequeñas, acrómicas, lisas y brillantes. En los miembros inferiores, en las regiones maleolares, parte superior de la pierna, zona periarticular y rotuliana y parte anterior del muslo, regiones glúteas y sacra existen grandes máculas rojizas de forma geográfica, y cuya rubicundez no desaparece por la presión.

Dice estar enfermo desde hace nueve años, habiendo principiado por los pies, que lleva descalzos. Ha vivido en Aguchitlán, San Antonio Logabia, lugares donde hay muchos pintos. Las manchas acrómicas dice que le aparecieron mucho después que las rojas. No tiene síntomas subjetivos. Ha padecido paludismo y probablemente es sifilítico. Alcohólico y fumador. Sus familiares no padecen Pinto.

Número 14.—F. D., natural de Atzcapotzalco, Gro., soltero, de 20 años de edad. Ha sido labrador y actualmente soldado.

Presenta en la cara, regiones nasal y malar derecha, máculas azules, coloridas uniformemente. Los miembros superiores y el tronco están totalmente invadidos por manchas discrómicas, opacas y presentan en su superficie numerosas manchitas puntiformes semejan-

tes a las efélides. Sólo en el epigastrio, zona de Traube, región hepática, tiene la piel de aspecto normal, color trigueño. Los miembros inferiores tienen las mismas máculas, siendo ligeramente escamosas en las regiones rotulianas, pero llama la atención lo numeroso de las máculas del tamaño de una lenteja, semejantes a las efélides.

Dice vivir desde hace cuatro años en Agugitlán, Gro., lugar donde hay muchos pintos y donde tuvo relaciones sexuales con pintas. Comenzó a estar enfermo por sus pies, que llevaba descubiertos, con manchas más claras que el color de su piel y que después se le hicieron azules. No tiene síntomas subjetivos. Sus familiares son sanos. Ha padecido paludismo. Es de costumbres moderadas.

Número 15.—J. A., natural de Cuadrilla de Tecastitla, Gro., casado, de 50 años de edad, jornalero.

Presenta una mancha que invade toda la cara, uniformemente coloreada de azul negruzco, ligeramente brillante, no siendo de límites precisos, sino que se extiende al cuello, región en donde el color azul negruzco está disminuído. Las orejas tienen coloración normal, morena. En los miembros superiores, desde las regiones deltoideas hasta las extremidades de los dedos, existen manchas en forma de banda, localizada a la cara externa de los brazos y cara posterior y porción externa de los antebrazos, teniendo la mancha caracteres semejantes a los descritos en la mácula de la cara. En el codo, parte anterior del puño y regiones correspondientes a las extremidades superiores de las falanges existen manchas acrómicas, de forma y tamaño variables, lisas, vitiligoides, pero sin haber en su periferia hiperpigmentación, teniendo aspecto cicatricial (fig. 11). En las regiones lumbar, sacra, porción anterior y externa de los muslos, porción posterior y externa de las piernas y parte inferior de las mismas, así como en el dorso de los pies, se observan manchas uniformemente coloridas de azul, siendo esta coloración manifiesta en el dorso de los pies, donde sus límites contrastan de una manera notable con la mancha acrómica de la región plantar, que invade el talón y se extiende como dos centímetros hacia arriba del borde plantar. En las regiones externas y posteriores de las piernas, la piel está engrosada y presenta liquenificaciones y escamas adherentes y gruesas.

Dice estar enfermo aproximadamente desde hace veinte años, habiendo principiado por las piernas, por una especie de empeine de color azul, y que se le extendió a toda la pierna. Dice que las manchas acrómicas hace muy poco tiempo que le aparecieron. Síntomas subjetivos negativos. Es hijo de padres sanos. Tiene una hija enferma de Pinto azul. De costumbres moderadas. Ha vivido en lugares donde hay muchos pintos.

Número 16.—J. B., natural de Túxpan, Gro., casado, de 30 años de edad. Ha trabajado como labrador y jornalero.

Presenta en la cara máculas azulosas que invaden la parte inferior de las regiones frontal, nasal y la región malar derecha, uni-

formemente coloridas de azul, tienen aspecto lustroso y sus límites bien marcados contrastan con el color moreno del resto de la cara. En el dorso de las manos y porción inferior de los antebrazos hay manchas uniformemente coloridas de azul, de forma geográfica y de tamaño variable, siendo las más grandes las de las manos, que cubren el dorso; la mácula de la mano derecha invade por su parte externa la región palmar. Llama la atención que estas manchas son pitiriásicas, con escamas finas, pequeñas, adherentes y de color ligeramente azuloso. En el dorso de las regiones periarticulares de los dedos hay manchas acrómicas, lisas, de aspecto vitiligoide, pero sin haber en su periferia hiperpigmentación. En la región suprapública tiene una mancha con la misma coloración azul, aproximadamente de doce centímetros por seis, en su mayor y menor longitud respectivamente. En los miembros inferiores sólo en las regiones perirotulianas hay manchas pequeñas, azules y lustrosas. Tiene hiperkeratosis plantar y palmar.

Interrogado que fué respecto de síntomas subjetivos, manifestó que nunca ha tenido molestia alguna. Refiere padecer de esta dermatosis desde hace cuatro años, en que le principió con empeines en el dorso de las manos, los que al descamarse fueron substituídos por manchas azules, coloración que desde entonces han tenido, y afirmando que las manchas blancas de los dedos le aparecieron posteriormente, substituyendo a las manchas azules que tenía en esos mismos lugares.

Hijo de padres sanos; tiene cinco hermanos, de los cuales tres padecen de Pinto azul. Alcohólico y fumador; ha sido siempre sano.

Número 17.—M. M., natural de Túxpan, Gro., casado, de 35 años de edad, de oficio labrador.

Llama desde luego la atención la coloración rojiza de su cara, manifiesta sobre todo en la región frontal y contrastando la mácula rojiza que ocupa la cara con el aspecto del cuello, en donde tiene numerosas manchitas puntiformes unas, y otras del tamaño de una lenteja, semejando por su aspecto a un europeo con efélides. La mácula de la cara es lisa, lustrosa y sin límites precisos, invade la nuca y se extiende a la porción superior y posterior del tórax hasta las regiones supraescapulares. En los miembros superiores hay numerosas manchas puntiformes de color café, semejantes a las efélides, localizadas de preferencia en las caras externas de los brazos y caras posteriores de los antebrazos. En el dorso de las manos y parte inferior de los antebrazos hay manchas rojizas, pitiriásicas, con escamas finas, blancas y poco adherentes. En el vientre y en la cara anterior e inferior del tórax, además de presentar numerosas manchitas puntiformes de color café, semejantes a las efélides, tiene grandes máculas rojizas de forma geográfica y de tamaño variable. Los miembros inferiores, en su porción anterior y externa, están totalmente invadidos por una mancha uniformemente colorida de rojo, siendo en lugares pitiriásica, con escamas finas y adherentes.

Dice estar enfermo de esta dermatosis desde hace diez años, ha-

biéndole principiado en las manos y dorso de los pies con una especie de empeines que se le quitaron, apareciéndole en los mismos lugares manchas rojizas que en repetidas ocasiones se han cubierto de escamas. Las manchitas cafés, semejantes a las efélides, le han aparecido posteriormente. No tiene síntomas subjetivos. Sin antecedentes patológicos personales. Hijo de padres pintos. Tiene un hijo de 9 años de edad, sano. De cinco hermanos que tiene, sólo uno padece de Pinto azul.

TERCERA PARTE

Bibliografía

Francisco Hernando. — De Historia plantarum novae hispaniae, liber decimmo, Médico atque historico Philippi II. Hispan. et Indian. regis, et totius novi orbis medico primario, auctore. In caput XIX, pág. 373, lin 13, dicbatur: **De Ixtenextic seu oculis sinereis. Radicem crassam, ac surculis refertam fundit, et ex ca caules purpureos, tenues, teretes, hispidos, acubitum longos, refertos foliis Limonis forma, et magnitu dine, serratis tamen, hirsutis, scabiis, et subalbescentibus, et flores chrysanthemi. Radix est onnihil amara, acris, urensque, cujus vim et vestigio prescentiscit guttur. Gustu odora, sicca, et calefaciens ocdine quarto, subtiliumque partium. Discutit haec tusa, atque apposita pannos extergit lepram, et lichenas, curatque aegritudinem, vocatam ab Indis Mexicanis TZATZAYANALIZTLI, in qua universum dechiscit corpus, illita resina, inspeisoque desuper púlvere radices hujus, et praeterea gallinarum pennis. Habetur hos medicamentum a Mexicensibusmmaximi. Provenit in fugida XALATLAUHCI regione in collibus, atque vallibus.**

1833. — **Alibert.** — Tratado completo de las enfermedades de la piel.

1853.—**Bartholomacus Heller.** — "Reisen in Mexiko." Pág. 319.

1862. — **Juan J. León.** — Extracto de la memoria sobre la Tiña endémica de Tabasco, Chiapas y Sur de México. Imprenta de V. G. Torres.

Le llama Syphyspyloria thelodérmica y emite la hipótesis de que sea producido por la ingestión del maíz alterado por el Uredo carbo. Le encuentra semejanza con la Pelagra.

1868.—**L. Chassin.**—"El Pinto".

Describe una sola forma constituida por tres grados: el primero por el pinto negro o azul, el segundo por el pinto colorado, y el tercero por el pinto blanco. Afirma que el pinto se implanta en el cuerpo mucoso de Malpighi, en virtud de lesiones de los capilares de la piel.

1870. — **F. Iturbide.** — El Mal del Pinto. "El Porvenir", periódico de la Sociedad Filoiátrica. Méx. Tomo II. Página 5.

Define por primera vez el Mal del Pinto, diciendo: es una afec-

ción cutánea específica, apirética, contagiosa y esencialmente crónica; caracterizada por la presencia de manchas de diferentes colores y tamaños, originadas por una perturbación desconocida del aparato pigmentario.

1874. — **J. H. Muellen.** — El Mal de la Pinta. — Monografía publicada en alemán y cuya traducción, anotada por un autor anónimo, apareció en el "Diario Oficial" del Supremo Gobierno de la República en el número correspondiente al 31 de octubre de 1874.

Hace un estudio clínico, describiendo tres formas: Primera, Pinta alta; segunda, Pinta rubra, que comprende las variedades rosada y colorada, y tercera, Pinta coerulea, que comprende la azul, negra y morada. Cree que sea causado por el maíz alterado, y lo compara a la Pelagra.

1879. — **J. Gómez.** — "La caratés ou tache endémique des Cordillères". Extracto de esta memoria publicado en el periódico "La Escuela de Medicina". México.

Acepta la unidad morbosa del padecimiento, y describe los caracteres propios de las cuatro especies que él acepta: negra o dyscromacia; roja o dyclomacia y seudo especie blanca o acora, y agrega que ésta última jamás precede a las otras, ni se presenta aislada con sus caracteres propios.

1880. — **Ricardo Nandin.** — Tesis nacional "El Mal del Pinto". México.

Hace consideraciones anotomo-patológicas y dice que hay deformaciones en las papilas, alteraciones en las capas del cuerpo mucoso de Malpighi, trastornos en la secreción del pigmento y alteraciones en la capa córnea.

1881. — **G. J. Chávez.** — Nociones de Topografía y estadística de Tasco. Observador Médico. Méx. Tomo VI, pág. 282.

1881. — **U. N.** — Apuntes sobre el Mal del Pinto. "Gaceta Médica". Méx. Tomo XVI, pág. 119.

1881. — **G. Ruiz Sandoval.** — Memoria sobre el Mal del Pinto. "Gaceta Médica". Méx. Tomo XVI.

Encuentra en las escamas un hongo que propone se le llame Microsporum Hidalgoense.

1881. — **J. M. Irys.** — Memoria sobre el Mal del Pinto. "Gaceta Médica". Tomo XVI.

Encuentra en las escamas de los enfermos del Mal del Pinto un hongo, que describe pero no clasifica.

1883. — **V. Rendón.** — El Mal del Pinto. Escuela de Medicina. Méx. Tomo V. Páginas 95 y 11.

Combate la hipótesis de que el uso del agua salada sea la causa del Mal del Pinto, y cree es hereditaria y contagiosa.

1886.—**Francisco A. Flores.**—Historia de la Medicina en México. Tomo I. Página 157. Tomo II. Páginas 422 y 556.

1887.—**F. Espínola.**—El Mal del Pinto. Tesis Nacional. México.

Hace un estudio histopatológico de la piel, y entre otras conclusiones que hace, dice: hay un exceso de pigmento para el azul o negro, una falta de ese pigmento para el blanco simple; una vascularización exagerada con destrucción de las papilas y cuerpo mucoso, con adelgazamiento de la capa córnea para el blanco lustroso. Los sistemas nervioso, muscular, piloso y glandular no sufren alteraciones especiales.

1889.—**Domingo Orvañanos.**—Ensayo de Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana. México. Tomo I.

1889.—**Guillermo Téllez.**—El Mal del Pinto. Tesis Nacional.

1891.—**J. P. Gayon.**—Enfermedades endémicas. Gaceta Médica. México. Tomo XXVI. Página 341.

1891.—**L. E. Ruiz.** — Enfermedades endémicas. Gaceta Médica. México. Tomo XXVI. Página 341.

1892.—**J. Terrés.**—Algunas consideraciones acerca de la Inspección de la cabeza. México.

1892.—**T. Salazar y Rebolledo.**—El Mal del Pinto. Tesis. México.

1897.—**P. García Abarca.**—Quiricua. Segundo Congreso Médico Mexicano. México. Tomo II. Página 155.

Dice que la quiricua es una planta que existe en Michoacán y cuyas hojas, aplicadas sobre la piel, levantan ámpula y que tiene la propiedad de extinguir el hongo del pinto, que por coincidencia lleva el nombre de quiricua.

1897.—**Leopoldo Viramontes.** — Observaciones sobre el Mal del Pinto. Segundo Congreso Médico Mexicano. Tomo I. Página 180.

1897.—**Angel Gaviño.**—Patogenia del Mal del Pinto. Segundo Congreso Médico Mexicano. México. Tomo I.

Concluye que el parásito que produce el Mal del Pinto es un microorganismo que en el tejido celular subdérmico se presenta bajo la forma de conglomerados pigmentados, formados de innumerables micrococus, los que, cultivados en medios sólidos y líquidos, producen unos bacilos que se segmentan hasta volver a la forma primitiva.

1902.—**R. Sabouraud.** — "La Pratique Dermatologique", por E. Besnier, L. Brocq y L. Jaquet. Tomo III. Página 872.

Habla sobre el Caraté y las técnicas que se deben seguir para el estudio del hongo.

1904. — **E. Jeanselme.** — "Cours de Dermatologie Exotique", pág. 278.

Describe las técnicas empleadas por Montoya y Flores para la coloración del hongo en las escamas de los caratejos.

1905. — **A. Le Dantec.** — "Précis de Pathologie Exotique". Página 1088.

Habla sobre la Pinta y el Caraté y refiere el caso estudiado por Darier.

1905. — **Sandwith.** — British Medical Journal. Página 47.

1907.—**Jesús González Urueña.**—The Mal del Pinto. American Public Health Association Paper and Report. 340 meeting Columbus. Vol. 32. Página 219.

1909.—**M. Toussaint.**—Mal del Pinto. Boletín del Instituto Patológico. México. Tomo VI. Páginas 443, 509, 565, 615, 663.

Hace un estudio de la histopatología del Mal del Pinto.

1918.—**Henry W. Stelwagon.**—A Treatise on Diseases of the skin. Página 1205.

1919. — **Ch. Grall et A. Clarac.** — Maladies de la peau.

Considera al Mal del Pinto distinto al Caraté y acepta que sea producido por un hongo, el descrito por Ruiz Sandoval y clasificado por Blanchard como Trichophyton pictor.

1920.—**J. Larumbe.**—Algunos apuntes sobre el Mal del Pinto. Trabajo presentado al Sexto Congreso Médico Nacional.

1921.—**Louis Brocq.** — Precis Atlas de Pratique Dermatologique. Página 363.

Dice que la Pinta de México es otra dermatosis parasitaria distinta del Caraté.

1921.—**Edmundo Escomel.**—"Contribución al estudio de algunas micosis en el Perú". Trabajo premiado por la Academia de Medicina de París, publicado por la revista mensual de ciencias médicas "Los Progresos de la Clínica". Segunda época. Número 109. Páginas 82, 83 y 84.

Dice que el CCara o Mal del Pinto del Perú es producido por un parásito que pertenece a la familia de los Ascomicetos y al género Penicilium.

DISCUSION

José Brito Foresti (Montevideo). — Felicita al doctor González por su estudio sobre el Mal del Pinto, mal que, en una práctica que alcanza ya a unos 25 años, no le ha sido posible encontrar en el Uruguay. Se felicita, pues, de que el doctor González haya traído ese estudio al Congreso y que haya contribuído tan eficazmente al conocimiento del agente parásito de tan interesante micosis.

Presentación de *moulages*, por el Dr. Angel M. Giménez (Buenos Aires), en nombre del Prof. Maximiliano Aberastury, y de fotografías en colores.

El doctor Angel M. Giménez presenta, en nombre del doctor Aberastury, profesor de la Clínica Dermatosifilográfica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, los siguientes *moulages* del Museo de la Clínica de la Facultad de Medicina:

Pieza 3. Liquen rojo plano.
110. Porokeratosis de Mibelli.
165. Púrpura atrofiante de Pospelow.
156. Tuberculosis verrugosa.
168. Lupus vulgar.
115. Lupus serpinginoso.
162. Tuberculide pápulo necrótica.
133. Lupus vulgar.
158. Dermatitis blastomicósica framboesiforme.
159. Dermatitis blastomicósica.
170. Endotelioma.
166. Chancro sifilítico de la cara.
178. Gran estado dermográfico.
172. Micetoma.
42. Blastomicosis úlcero-vegetante.
171. Dermitis úlcero-vegetante a estrepto-bacilos de Ducrey.
152. Angiokeratoma de Mibelli.
173. Epitelioma.
121. Dermatitis herpetiforme pustulosa.
132. Sifílide arciforme del pene.
185. Sifílide úlcero-vegetante.
154. Epitelioma.

El mismo doctor Giménez presenta una colección de fotografías estereoscópicas en colores de enfermedades de la piel, hechas por el doctor Ghiso, Jefe del Servicio de Piel y Sífilis del Hospital Rivadavia de Buenos Aires.

Reconsideración de la moción sobre standardización de la Reacción de Wassermann (1)

José May (Montevideo).—Según acaba de explicárseme, el alcance del proyecto del doctor Justo F. González es otro del que en la sesión anterior presentó, ya que ha introducido en él algunas modificaciones que lo ponen dentro de las ideas que sostuve en la sesión de ese día al leer mi trabajo sobre la reacción de Wassermann desde el punto de vista clínico. En él establecía de un modo concluyente la extraordinaria importancia que debe dársele al W. como signo de laboratorio; no voy a insistir sobre este punto; pero, colocándome dentro del terreno práctico, comprendo, y eso ya lo dije en la sesión anterior, que no es posible dejar que una reacción de tan grande importancia y de tan cuidadosa manipulación, quede librada al primer ciudadano que se le ocurra poner un laboratorio y fabricar sifilíticos, como nos describía el congresista Giménez, por un dolor de cabeza, que puede ser de origen gástrico, o por unas manchas. que pueden ser de cualquier causa, con un débilmente positivo, o un positivo más o menos franco.

Pero, no es posible sujetar dicha reacción a una regla estable en su manera de efectuarla; debe dejarse amplio campo a la experimentación de cada autor, contralореándolo debidamente, y ese contralor no puede estar a cargo sino de la clínica, que es la que, en último término, dirá si ese laboratorio hace bien o no su Wassermann.

Por eso sostenía yo en la sesión anterior, que el Consejo de Higiene en nuestro país, o las autoridades sanitarias de los otros, tutelando los intereses públicos en este examen, pueden y deben reglamentar las condiciones que debe tener el laboratorio, y sus resultados para evitar en parte la fabricación de falsos sifilíticos. Y digo en parte, pues siempre quedaría después la falta de conciencia del profesional, que sabiendo practicar bien una reacción, puede dar falsos resultados, contra los cuales no hay medio de acción que sea realmente eficaz.

Es por estas consideraciones que juzgo conveniente tener en cuenta la nueva fórmula propuesta, que permite un contralor siempre saludable en una reacción de esta importancia.

Héctor Del Campo (Montevideo).—Considero que ha habido mala interpretación de la conclusión del doctor González, referente a la normalización del Wassermann. Se apoya en las ideas expuestas en antesalas, pues todos han creído que ella significaba normalizar esa reacción para toda América.

En realidad, sólo se refiere a cada país, y es evidente la enorme

(1) Véase la discusión de la Quinta Sesión, pág. 514 de este volumen.

ventaja que tiene un contralor riguroso sobre los laboratorios que se dediquen a tal investigación.

Con una modificación introducida por el señor Scaltritti, que la hace más amplia, cree que llenará cumplidamente su objeto.

El lector encontrará en la pág. 72 de este volumen ("Reacción Bordet-Wassermann") los votos que fueron aprobados después de la reconsideración de la discusión sobre este tema.

Antes de finalizar las sesiones del Congreso, el profesor *Fernando Terra* (de Río de Janeiro), dirigió a los organizadores del Congreso frases sumamente amables, poniendo de relieve la labor por éstos realizada. Las frases del profesor *Terra* fueron ovacionadas y a ellas contestó, en nombre del Comité Organizador, el doctor *José Brito Foresti*, agradeciendo a todos la valiosísima cooperación que los delegados extranjeros habían traído al Congreso y especialmente al profesor *Terra*, por las cariñosas palabras que le dedicó al Presidente del Comité Organizador.

Conferencia del Dr. Oscar da Silva Araujo (Río de Janeiro), sobre profilaxis de la lepra, enfermedades venéreas y cáncer en el Brasil.

Sentimos no poder publicar *in extenso* esta interesante Conferencia, como lo habíamos anunciado en la página 62 de este volumen, por no habernos sido posible obtener los originales correspondientes.

FIN DEL PRIMER TOMO

(Los índices se encontrarán al final del Segundo Tomo)

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN

MONTEVIDEO

DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921

BAJO EL PATRONATO DEL Excmo. SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DOCTOR BALTASAR BRUM Y DE LOS Excmos. SEÑORES MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES DOCTOR JUAN A. BUERO Y MINISTRO DE INSTRUCCION PUBLICA DOCTOR RODOLFO MEZZERA

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

TOMO II

TRABAJOS ENVIADOS AL CONGRESO QUE NO HAN SIDO LEIDOS EN EL CURSO DE SUS SESIONES
ÍNDICES

El primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se celebró en Río de Janeiro, del 13 al 20 de Octubre de 1918. El Tercer Congreso se celebrará en Buenos Aires en 1924

MONTEVIDEO
IMPRENTA «EL SIGLO ILUSTRADO», DE GREGORIO V. MARIÑO
[illegible]
1922

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO
DE
DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN MONTEVIDEO DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921

SEGUNDO CONGRESO SUDAMERICANO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILOGRAFÍA

CELEBRADO EN

MONTEVIDEO

DEL 9 AL 16 DE OCTUBRE DE 1921
BAJO EL PATRONATO DEL Excmo. SEÑOR PRESIDENTE
DE LA REPÚBLICA DOCTOR BALTASAR BRUM Y DE LOS
Excmos. SEÑORES MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES
DOCTOR JUAN A. BUERO
Y MINISTRO DE INSTRUCCION PUBLICA
DOCTOR RODOLFO MEZZERA

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

TOMO II

TRABAJOS ENVIADOS AL CONGRESO QUE NO HAN SIDO
LEIDOS EN EL CURSO DE SUS SESIONES
ÍNDICES

El primer Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía se celebró en Río de Janeiro, del 13 al 20 de Octubre de 1918. El Tercer Congreso se celebrará en Buenos Aires en 1924.

MONTEVIDEO
IMPRENTA «EL SIGLO ILUSTRADO», DE GREGORIO V. MARIÑO
938 San José — 938
1922

DIVISIÓN DE ESTA PUBLICACIÓN:

TOMO I.

PRIMERA PARTE: Generalidades.

I. *Antecedentes.*
II. *Organización.*
III. *Sesiones generales.*
IV. *Visitas, fiestas y Conferencias.*
V. *Votos del Congreso.*

SEGUNDA PARTE: Sesiones ordinarias del Congreso.

TOMO II.

TERCERA PARTE: Trabajos enviados al Congreso, que no han sido leídos en el Curso de sus sesiones.

Índices.

TERCERA PARTE

TRABAJOS ENVIADOS AL CONGRESO, QUE NO HAN SIDO LEIDOS EN EL CURSO DE SUS SESIONES

SUMARIO:

Drs. José May y Enrique Claveaux. Un nuevo método de cura del chancro fagedénico.

Dr. Salvador M. Pintos. Gonococia social.

Dr. Octavio López. Anafilaxia cutánea.

Dr. Máximo Halty. Contribución al estudio de la acción del sulfarsenol en la sífilis.

Dr. Héctor del Campo. Neuro-sífilis: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Estado actual de la lucha antivenérea en América

POR EL DR. EMILIO R. CONI (Buenos Aires)

Miembro y laureado (medalla de plata) de la Academia de Medicina de París (1897)
Miembro y laureado (medalla de plata) de la Asociación Internacional
contra la Tuberculosis (1908); Medalla de oro del IV Congreso Médico Latino-Americano
de Río de Janeiro (1909); Miembro honorario de las Academias de
Medicina de Buenos Aires (1898), Río de Janeiro (1878) y Méjico (1907); Ex presidente
de la Liga Latino-Americana contra la Avariosis (1907). Fundador y
ex Presidente de la Sociedad Argentina de Profilaxis sanitaria y moral (1907); Miembro
de la Sociedad Francesa de Profilaxis sanitaria y moral; Asesor
técnico de la Liga Argentina de Profilaxis social (1921); etc., etc.

A mi distinguido amigo el doctor Pedro L. Baliña, Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Dermatología y Sifilografía.—El Autor.

Celui qui contracte une maladie vénérienne ne doit pas être honteux. C'est "un joueur qui a perdu". Sa revanche est de guérir. Son devoir d'honnête homme, de ne pas propager sa maladie.—**Cattier.**

Muy mal han hecho siempre los médicos, pretendiendo enmascarar la temible sífilis con los nombres de lues, avería, avariosis, mal hunteriano, mal napolitano, mal francés, mal vergonzante, plaga roja, peste moderna, enfermedades de trascendencia social, etc. Conviene sencillamente conservarle su verdadero y primitivo nombre de pila, sin ocultaciones contraproducentes. Debe figurar al lado de la viruela, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, etc. Nada, pues, de hipocresías y gazmoñerías. Difundamos a la luz meridiana su profilaxis colectiva y particular, empleando todos los medios prácticos a nuestro alcance, y terminemos por siempre con los eufemismos y perífrasis.—**Coni.**

Sumario:

I. Profilaxis de las enfermedades venéreas. Plan indicado por la Oficina Internacional de Higiene Pública (París).
II. Argentina.

III. Estados Unidos de América.
IV. Uruguay.
V. Brasil.
VI. Chile.
VII. Paraguay.
VIII. Perú.
IX. Ecuador.
X. Colombia.
XI. Venezuela.
XII. Cuba.
XIII. Bolivia, México y demás repúblicas de la América Central.

Apéndice

I. La defensa social contra el peligro venéreo y el secreto médico.
II. Reacción de Wassermann. Necesidad de reglamentarla.
III. El plan americano para concertar una acción conjunta de las dependencias nacionales y asociaciones privadas, a fin de combatir las enfermedades venéreas.
IV. Resoluciones de la Conferencia de la Cruz Roja sobre enfermedades venéreas para los países del norte de Europa (Copenhague), 20-25 de mayo de 1921.

I

PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Plan indicado por la Oficina Internacional de Higiene Pública

El Comité de la Oficina Internacional de Higiene Públi a de París ha vuelto a insistir, en 1919, sobre la eficacia del tratamiento precoz de las enfermedades venéreas considerado como medio de prevención. Vuelve a solicitar una vez más, con insistencia, que los gobiernos tomen todas las medidas necesarias para hacer que el tratamiento de las afecciones venéreas sea accesible a todas las categorías de la población, suprimiendo todo lo que, directa o indirectamente, tienda a impedir o retardar los cuidados a darse a los enfermos durante el período contagioso de su afección. Sería particularmente deseable, sostiene, desde este punto de vista, que la gratuidad del tratamiento no quedara limitada a ciertas categorías de la población, sino que pudiera beneficiar a todas aquellas que la soliciten. En el mismo orden de ideas, formula el voto de que, las cajas de seguros obreros

o mutualistas, hagan desaparecer de sus estatutos la disposición que excluye del beneficio de las prestaciones de estas cajas, a las personas que han contraído la enfermedad por su propia falta, lo que va directamente en contra de la profilaxis de las enfermedades sexuales, basada sobre su tratamiento precoz.

El Comité añade que sería de desear que las enfermedades venéreas pudieran ser tratadas en adelante, del punto de vista profiláctico, como enfermedades contagiosas comunes y que fuera posible aplicarles los principios generales que condicionan la prevención de estas afecciones, a saber: la declaración obligatoria, el tratamiento obligatorio, las sanciones penales en caso de contaminación transmitida conscientemente o no a otro, agregando las medidas que derivan de la naturaleza de la infección venérea y de sus consecuencias sociales, tales como la que consistiría en exigir de las personas que desean contraer matrimonio, un certificado atestiguando que están indemnes de toda afección de este género.

El Comité llama muy particularmente la atención de los gobiernos sobre la educación del público, para modificar su mentalidad y prepararlo a disposiciones más severas. Esta educación debe proseguirse metódicamente por todos los medios de que disponemos (creación de asociaciones de propaganda, conferencias, demostraciones con films cinematográficos, distribución de opúsculos y folletos explicativos), teniendo en cuenta los distintos medios, la escuela inclusive, y empleando para cada uno de ellos los medios adaptados a su mentalidad. En esta propaganda la iniciativa privada y el Estado deben asociarse estrechamente, y éste debe sostener a aquélla con todos sus recursos. Importa también hacer la educación, en cierto modo específica, del cuerpo médico, de manera que las autoridades sanitarias dispongan de un número suficiente de especialistas calificados, con el objeto de aplicar las medidas que ellas juzguen útiles de adoptar y que los mismos médicos estén en condiciones de contribuir, por su acción y su enseñanza, a la educación de las masas populares. Es indispensable combatir el charlatanismo médico, muy especialmente floreciente en el dominio de las enfermedades venéreas, castigando severamente, como lo ha solicitado el Consejo central de higiene de los Países Bajos, a todos aquellos que atiendan, sin ser médicos, las enfermedades venéreas y que ofrecen y preconizan, pública o clan-

destinadamente, por medio de publicaciones y láminas, o explicaciones verbales, medicamentos, objetos o métodos de tratamiento, tendientes a la curación de estas afecciones.

Según la opinión del Comité, la aplicación de estas diversas medidas le parece deber constituir, en la prevención de las enfermedades venéreas, una primera etapa de la que ya es posible esperar excelentes resultados. La etapa siguiente será la de la intervención legislativa, pero no podrá emprenderse sino cuando el terreno haya sido preparado por medio de una propaganda sistemática y continuada.

II

Argentina

La lucha contra las enfermedades venéreas fué iniciada en forma amplia y metódica por la Sociedad argentina de profilaxis sanitaria y moral, fundada por mí el 8 de febrero de 1907, como consecuencia de la constitución de la Liga Latino-Americana contra la avariosis, creada por el tercer Congreso Médico Latino-Americano de Montevideo (1907). La mencionada Sociedad argentina fué calcada sobre su congénere, fundada en París por el eminente profesor Fournier. Subsistió solamente tres meses, por carecer del concurso de los Poderes públicos y debido a la indiferencia del pueblo. Su proficua labor de tan corto tiempo. está condensada en los tres números que dió a luz de su boletín mensual.

La Sociedad había conseguido los locales de los dispensarios de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, para establecer dispensarios venereológicos que debían ser atendidos desinteresadamente por médicos competentes y a horas apropiadas, para facilitar la frecuentación del público. Los servicios, como el suministro de medicamentos, iba a ser enteramente gratuito. El mecanismo estaba listo para entrar en funcionamiento, pero la disolución de la Sociedad hizo fracasar tan plausible propósito.

Recabó de la Dirección de la Asistencia Pública el establecimiento, en la casa central y en todos los hospitales y estaciones sanitarias municipales, de dispensarios especiales para las enfermedades venéreas, en los que se prestaría gratuitamente asistencia médica y medicamentos.

Había recibido de numerosos facultativos, el generoso ofrecimiento de abrir en sus propios domicilios, consulto-

rios gratuitos para aquellas personas que, por su condición social, no quisieran concurrir a los dispensarios públicos.

En el sentido de la propaganda su obra fué vastísima. Además del boletín mensual, la Sociedad dió a luz diversas publicaciones de educación popular, a saber: difusión profusa de la versión española del opúsculo del profesor Fournier intitulado: "Para nuestros hijos cuando tengan 18 años", el mismo que fué reeditado en 1919 por el señor Max Glücksmann, con motivo de la exhibición de la película norteamericana "Padres: cuidad vuestros hijos"; un aviso a los futuros cónyuges para hacerles conocer los peligros que para el individuo y su descendencia, revisten las enfermedades venéreas; las instrucciones populares redactadas por el profesor Fournier y otro trabajo del mismo autor demostrando los peligros sociales de la sífilis; finalmente, instrucciones de profilaxis individual para ser fijadas en las casas de lenocinio.

Había hecho traducir al español la pieza de Brieux, de la Academia Francesa, "Les avariés", que tenía ya preparada y cuya representación iba a iniciar en los cuarteles de la guarnición, por medio de un grupo de aficionados, para continuarla en la armada, establecimientos superiores de educación y, finalmente, ante el mismo público.

Se proponía también iniciar conferencias públicas con proyecciones luminosas, inaugurando así la preservación de las enfermedades venéreas por la educación popular. Las proyectadas conferencias tenían asegurado de antemano el mayor éxito, pues contribuirían a esparcir en todos los medios sociales una instrucción verdadera en este sentido, enemiga de la ignorancia y falso pudor, revelando los múltiples peligros que la blenorragia y la sífilis hacen correr al individuo y a la raza. En esas mismas conferencias se combatirían las expresiones absurdas de **secretas o vergonzosas,** con que se ha pretendido estigmatizarlas, cuando con el criterio de la medicina y sociología modernas, deben las afecciones venéreas registrarse simplemente en el grupo de las contagiosas. En la época actual, la sífilis no puede tacharse de vergüenza, sino de inmensa desgracia, que más bien debe inspirar compasión y perdón.

La Sociedad argentina se empeñó ante las sociedades mutualistas en que hicieran desaparecer de sus estatutos el artículo monstruoso, de que los asociados atacados de enfermedades venéreas, **vergonzosas**, como se les designaba, no podían contar con los auxilios de la sociedad. Sus ges-

tiones fueron coronadas de éxito, porque la mayoría de aquéllas aceptó y puso en práctica su indicación.

Se dirigió al Ministerio de Instrucción Pública, solicitando que en los programas de estudios de las escuelas normales de maestros y colegios nacionales, se incluyeran nociones sobre las enfermedades venéreas, considerando que los miembros del cuerpo docente deben tener conocimientos precisos al respecto, para difundirlos entre sus alumnos. En esos establecimientos debían dictarse conferencias sobre el peligro venéreo y para iniciarlas ofrecía el concurso desinteresado de sus miembros, utilizando las proyecciones luminosas recibidas de Europa.

Solicitó igualmente del Ministerio de Guerra que en las libretas de enrolamiento, se diesen a conocer en forma de apéndice, instrucciones breves y sencillas: antivenéreas, antituberculosas y antialcohólicas, con el propósito de difundir conocimientos útiles entre los jóvenes conscriptos, frecuentes víctimas de esos males.

Abordó el estudio serio del problema de la prostitución, demostrando que no se habían alcanzado los resultados apetecibles con la vigilancia sanitaria del vicio, porque éste había sido objeto de medidas inconsultas, persecuciones tenaces e injustificadas y a veces, de explotaciones inconfesables. Sostuvo que, siendo la prostitución un mal social inevitable, más aún, necesario, verdadera válvula de escape de las pasiones de la humanidad, era absurdo perseguirla, como se había hecho entre nosotros. La prostituta, ser desgraciado si lo hay, debía inspirar más que repulsión, lástima y compasión. Era menester tender la mano a la mujer caída en la abyección y el vicio, procurando su regeneración cuando es posible y velar sobre la prostituta incorregible, a fin de que dañe lo menos posible a la sociedad.

En el Congreso Médico de Santiago de Chile, reunido a principios de 1909, presenté como ponente, una monografía sobre "Frecuencia y profilaxis de las enfermedades venéreas en la América Latina", cuyas conclusiones dadas a continuación, fueron aprobadas por la asamblea:

1.ª Que en las naciones de la América latina que aún no la tienen, se funden sociedades de profilaxis sanitaria y moral, que uniformando su programa de acción, cooperen a los mismos propósitos de la Liga latino-americana para la avariosis, fundada por el tercer Congreso Médico Latino-Americano, para combatir el peligro venéreo, llevando a

cabo campaña análoga a la que con tanto éxito se ha hecho contra la tuberculosis;

2.ª Que en los establecimientos de enseñanza secundaria se incluyan en los programas de cursos determinados conocimientos sobre instrucción y profilaxis venérea, con los mismos recursos empleados en la educación antialcohólica y antituberculosa;

3.ª Que las sociedades de profilaxis sanitaria y moral, organicen la educación y propaganda antivenérea por medio de conferencias públicas y distribución profusa de impresos de todo género, para hacer conocer del público los peligros ignorados de los males venéreos;

4.ª Que se funden dispensarios venereológicos en los centros de población, para prestar gratuitamente asistencia médica y medicamentos a las clases trabajadoras, haciéndolos funcionar a horas adecuadas del día para asegurar su mejor funcionamiento;

5.ª Que se funden hospitales especiales con régimen liberal para la asistencia de las prostitutas enfermas de mal venéreo;

6.ª Que las autoridades municipales, por medios diversos, traten de concentrar en casas especiales a la prostitución, disminuyendo la clandestinidad del vicio, que supera en todas partes, sin dejar por eso de perseguir como al presente la trata de blancas;

7.ª Que los servicios sanitarios de la prostitución sean absolutamente gratuitos (dispensarios de salubridad, dispensarios venereológicos, hospitales o casas de sanidad especiales, etc.);

8.ª Que las sociedades de profilaxis sanitaria y moral emprendan una guerra enérgica a la pornografía, que va revistiendo carácter alarmante en algunas capitales americanas;

9.ª Que en los respectivos ejércitos, se pongan en práctica los procedimientos razonables y eficaces empleados por la Dirección de Sanidad Militar Francesa, que ha logrado alcanzar un resultado inmejorable: disminución sensible en el porcentaje de afecciones venéreas en las tropas;

10.ª Que en la legislación se incluyan la responsabilidad y penas consiguientes, por los hechos de contaminación venérea;

11.ª Que la ley de Registro Civil prescriba a ambos contrayentes, la presentación de un certificado de salud firmado por facultativo, comprobatorio de que en el momento de

efectuarse el matrimonio, no ofrecen ninguna tara física importante que les impida celebrar el enlace (alcoholismo, sífilis y blenorragia, tuberculosis, cáncer, etc.).

Un delegado oficial argentino, después de la lectura de las conclusiones anteriores, hizo moción para que ellas pasasen a estudio de una Comisión especial. Como era natural, no acepté en manera alguna la indicación, completamente contraria, por otra parte, a la práctica seguida en los congresos, y víme obligado a retirar las dos últimas conclusiones, que daban lugar a impugnaciones, de manera que la asamblea prestó plena aprobación a las otras nueve.

En efecto: mis dos últimas conclusiones en esa época podrían quizá considerarse de algo avanzadas. Hasta el presente ninguna legislación establece todavía la responsabilidad y penas para los hechos de contaminación sexual. Como hemos visto al principio de este trabajo, la misma Oficina Internacional de Higiene Pública acepta como desiderátum las sanciones penales en caso de contaminación transmitida conscientemente o no, a otro, y también la necesidad de exigir de las personas que desean contraer matrimonio, un certificado atestiguando que están indemnes de toda afección de este género. Pero la mencionada oficina, en presencia de las ideas aún reinantes y de los prejuicios de que son objeto las afecciones venéreas, no cree que haya llegado el momento de intervenir contra ellas por medio de leyes y reglamentos. Piensa que ese procedimiento levantaría en la mayor parte de los países tal oposición, que se correría el riesgo de llegar a resultados diametralmente opuestos a los que se busca.

Hay que observar que los países que se aproximan más a la aplicación íntegra del principio de protección de la salud por medidas legales y administrativas, en la eliminación de la sífilis y blenorragia, son las nuevas naciones anglo-sajonas, sobre todo el Canadá, la Unión del Africa del Sud, Australia, Nueva Zelandia y los Estados Unidos. En estos países, y desde algunos años, los principios de higiene pública legal han sido aplicados extensamente a las enfermedades venéreas. La guerra ha estimulado esta legislación, promulgada casi en su totalidad desde 1914.

Resalta de la lectura atenta de las leyes pertinentes en los Estados Unidos, que en ellas se intenta facilitar los medios para la supresión de la prostitución bajo todas sus formas, el tratamiento eficaz y bastante prolongado de las personas atacadas de enfermedades venéreas, la rehabilita-

ción de las mujeres y de las jóvenes que hayan sido comprometidas en la prostitución y la protección en establecimientos especiales de las que se encuentren en peligro de comprometerse.

Un Estado tiene una ley según la cual toda persona que, después de haber contraído una enfermedad venérea y quien, antes de haber obtenido un certificado escrito de un médico respetable constatando su curación, se casa o expone a otra persona, por el coito o las relaciones sexuales, a la enfermedad de la cual está atacada, o a la posibilidad de contraerla, será reconocido culpable de un crimen y en este caso será detenido en un establecimiento penitenciario, un año por lo menos y cinco a lo más. Recientemente se ha condenado a un hombre con la pena máxima según esta ley y otros diez han sido condenados con penas de detención entre 1 y 5 años.

Lo anterior demuestra bien evidentemente el rigor de las leyes en ciertos Estados norteamericanos, con respecto a enfermedades venéreas.

En cuanto al certificado para el matrimonio, si bien hasta hoy no ha sido establecido en ningún país europeo, ya existe en algunos Estados norteamericanos y en Méjico, donde se llega a exigir a los contrayentes un certificado con la reacción de Wassermann (1).

Por mi parte, el año pasado, desempeñando la Presidencia del Consejo Consultivo del Departamento Nacional de Higiene, presenté a su consideración un proyecto en ese sentido, ampliando la ley de Registro Civil con una cláusula que prescribiera la presentación de dicho certificado, pero no tuve la suerte de contar con el beneplácito de la mayoría de mis colegas de Comisión. Pienso y abrigo la firme convicción de que, con el andar de los tiempos, cuando se logre desterrar totalmente los prejuicios e hipocresías sobre las enfermedades venéreas, la legislación de los países adelantados exigirá la presentación de dicho certificado a los contrayentes.

El lector habrá comprobado con la lectura de este traba-

(1) La Conferencia internacional de mujeres médicas que se ha reunido últimamente en Nueva York, ha recomendado que se haga un examen físico de ambos cónyuges antes de efectuarse el matrimonio y se establezca una oficina internacional de higiene bajo la autoridad de la Liga de las Naciones.

jo, que las conclusiones de la Oficina Internacional de Higiene Pública habían sido ya presentadas por mí diez años antes a la Sociedad argentina de profilaxis sanitaria y moral y al Congreso Médico chileno de 1909. Recuerdo simplemente este hecho como honor para nuestro país.

Veamos ahora la situación en 1920. El Concejo Deliberante Municipal, muy mal inspirado, a juicio mío, ha suprimido totalmente del presupuesto el dispensario de salubridad y de hecho la inspección sanitaria de la prostitución, que le estaba confiada, y sancionó con fecha 13 de junio de 1919 una ordenanza reglamentaria de la prostitución, que ha dado resultados deplorables en la práctica, como muy luego lo ha demostrado la Intendencia Municipal en su comunicación de abril 6 de 1920, dirigida al Concejo Deliberante. Este documento encara el problema bajo una faz verdaderamente práctica y racional, y, en cambio, adjunta otro proyecto en substitución del vigente, que satisface en su mayor parte las exigencias sobre esta materia.

La nota referida del Intendente municipal sostiene un principio, lógico e irrefutable, esto es, que cada una de las zonas del municipio debe cargar con su parte de las molestias derivadas de la vida de gran ciudad, molestias que. por lo demás, se trata de reducir a su mínima expresión. autorizando la concentración. que disminuye el número de estas casas, y reglamentando las condiciones de su funcionamiento. La Intendencia Municipal, con la nota de la referencia, ha dado una justa lección, que mucho se merecía el Concejo Deliberante.

En la ordenanza sancionada por el Concejo Deliberante. con fecha 13 de junio de 1919, se establecen las siguientes disposiciones:

Toda persona atacada de una afección venérea será asistida gratuitamente (médico, medicamentos, curaciones, hospitalización, etc.). a su simple presentación en un hospital o consultorio que dependa de la Municipalidad de la Capital.

Créase en la Asistencia Pública una sección denominada "Profilaxis de las enfermedades venéreas", que estará a cargo de una Comisión compuesta por los actuales jefes de servicios y de los servicios a crearse, destinados al tratamiento y profilaxis de estas enfermedades, la que tendrá por misión:

a) La dirección de las salas, consultorios, dispensarios y curatorios municipales, destinados al tratamiento de los enfermos venéreo-sifilíticos;

b) La divulgación en las formas más amplias posibles, por medio de folletos, carteles, volantes, conferencias y demás medios que la experiencia aconseja, tendientes a combatir la difusión de estas enfermedades;

c) Asesorar a las autoridades municipales, sobre las medidas de profilaxis antivenérea a tomarse;

d) Estimular las iniciativas privadas de las sociedades de beneficencia, socorros mutuos, etc., para la profilaxis de estas enfermedades;

e) Obtener de las autoridades nacionales la institución de servicios especiales para el tratamiento de las enfermedades venéreas en el Ejército y Armada, Consejo Nacional de Educación, arsenales, policía y bomberos y demás dependencias del Estado, que ocupan gran número de obreros y empleados;

f) Todos los médicos de la dependencia de la Asistencia Pública estarán obligados a dar una conferencia mensual, por lo menos, en los sitios donde los destine la Dirección de la misma Asistencia Pública, sobre enfermedades venéreas y la profilaxis correspondiente;

g) Los médicos de los dispensarios estarán obligados a dar una conferencia sobre el mismo tema que se anuncia en el inciso anterior;

h) Las sociedades culturales, o sociedades obreras y bibliotecas públicas, podrán solicitar de la Dirección de la Asistencia Pública un conferenciante sobre esas gestiones.

Fuera de los consultorios y demás servicios hospitalarios existentes destinados al tratamiento de las enfermedades venéreo-sifilíticas, se establecerán en parajes adecuados diez dispensarios completamente independientes de aquéllos, destinados:

1.° A la asistencia de los enfermos venéreo-sifilíticos que no necesitan ser hospitalizados, para los que habrá consultas médicas todos los días, incluso los domingos y días feriados, de 8 a 10 y de 20 a 22.

2.° A su tratamiento y curación profiláctica por medio de lavajes, inyecciones, etc., todos los días desde las 8 hasta las 11 y desde las 13 hasta las 22. En las horas comprendidas entre las 8 y 11 y desde las 18 a las 22 será para la asistencia de hombres y de las 13 a las 16 para mujeres.

Cada dispensario contará con un número de médicos

agregados, quienes desempeñarán sus cargos **ad-honorem** y a los que se computará la antigüedad y asiduidad en el desempeño de su puesto, para la provisión de la vacante de director a producirse.

Cada dispensario deberá disponer:

1.° De una sala de espera;

2.° Una sala para consultorios;

3.° Una sala con las suficientes divisiones para la separación y reserva de enfermos.

4.° Una sala con seis camas por lo menos, para los enfermos que deban permanecer en reposo u observación durante algunas horas cuando hubieran recibido tratamientos especiales;

5.° Un laboratorio para análisis clínicos inmediatos.

En el laboratorio central de la Asistencia Pública se establecerá una sección especial para los análisis clínicos de los servicios de enfermedades venéreas. Los laboratorios actualmente existentes en los hospitales municipales efectuarán dichos análisis a la simple presentación de la orden expedida en los dispensarios a crearse.

Veamos ahora cómo se han llevado a la práctica las disposiciones dadas a conocer.

Como dejo dicho ha quedado suprimido el Dispensario de salubridad. El resultado inmediato ha sido el siguiente: que el número de prostitutas inscriptas ha disminuído considerablemente.

El presupuesto vigente establece una sección llamada de "Profilaxis de enfermedades venéreas", con un director, un secretario y veinte médicos directores de otros tantos dispensarios antivenéreos. Los médicos del Dispensario de salubridad han pasado a formar el personal del Dispensario central a la espera de la creación de otros nuevos, a fin de no desconocer servicios prestados.

Actualmente funcionan catorce dispensarios en la Capital (1) con una instalación y dotación extremadamente de-

---

(1) He aquí la nómina de dichos dispensarios:

1.° Dispensario Central, Larrea 1504.

2.° Asistencia Pública (Casa Central), Esmeralda 66.

3.° Hospital Ramos Mejía, General Urquiza 609.

4.° Hospital Alvear, Warnes 2600.

5.° Hospital Rawson, Avenida Alcorta 1402.

6.° Hospital Alvarez, San Eduardo 2649.

7.° Hospital Fernández, Cerviño 3358.

ficientes, porque no se ha tenido la precaución de proveerlos con el material indispensable, a tal punto que se ven reducidos a utilizar el escaso procurado por cada nosocomio, lo que demuestra falta de previsión. Ningún dispensario reune las condiciones de la ordenanza, no obstante los pedidos reiterados del director del servicio.

La Comisión encargada de la profilaxis antivenérea está compuesta del director de la Asistencia Pública, del jefe del servicio y de los veinte médicos directores de dispensarios.

Hasta la fecha no se ha dado ninguna de las conferencias aludidas en la ordenanza. El director del servicio ha solicitado de la Asistencia Pública la aprobación e impresión de dos instrucciones: profilaxis venérea para hombres y consejos higiénicos a los sifilíticos. La primera encierra preceptos de profilaxis personal, para ser fijada en las mismas casas de lenocinio. Es análoga a la que había redactado en 1907 la Sociedad argentina de profilaxis sanitaria y moral.

Es muy interesante y sugerente el cuadro estadístico que doy a continuación. Sus cifras hablan por sí solas. Obsérvese el número de prostíbulos existentes en este año (272) y téngase presente que de acuerdo con la ordenanza vigente no pueden tener sino una sola mujer. La disminución de casas a partir de 1914 se ha hecho gradualmente hasta alcanzar el mínimo en 1918 y 1919, pero hay que tener presente que ellas contaban generalmente con gran número de mujeres, de manera que el aumento sensible de prostíbulos en el corriente año no es sino aparente. En el renglón de mujeres inscriptas se observará que de 3,608 que eran en 1916, han descendido a 419 en el corriente año, y también que el descenso gradual se ha operado desde 1917 hasta el presente. En el renglón de nuevas inscriptas resalta esta cifra harto elocuente por sí sola: en los ocho primeros me-

---

8.° Hospital Pirovano, Monroe 3551.
9.° Hospital Durand, Gaona 434.
10. Hospital Argerich, Pinzón 546.
11. Hospital regional José M. Bosch, Garay 3232.
12. Hospital regional Las Heras, Cabildo 232.
13. Hospital regional Vélez Sarsfield, Avellaneda 4147.
14. Hospital regional Nueva Pompeya, Traful 3835.

La Asistencia Pública, por medio de carteles fijados convenientemente, debería hacer conocer del público la ubicación de estos dispensarios.

ses del corriente año se inscribieron solamente 11 meretrices!

El cuadro estadístico, por sus alarmantes revelaciones constituye una sentencia condenatoria de la ordenanza vigente sobre prostitución, y si el Intendente municipal lo hubiera conocido, no habría ciertamente dejado de acompañarlo a su bien meditado mensaje a que me he referido más arriba.

	1914	1915	1916	1917	1918	1919	Hasta el 31 de agosto 1920
Número de prostíbulos	243	202	220	185	60	61	272
Mujeres diferentes (cantidad de fichas) . .	3.597	3.554	3.608	2.219	1.606	1.835	419
Nuevas inscriptas . .	922	511	428	279	197	216	11
Enfermas el día de la inscripción	88	73	47	51	44	75	1
Total de enfermas declaradas.	1.131	951	596	832	671	977	97
Total de visitas practicadas.	92.168	100.467	96.920	16.610	35.538	36.264	8 002

Por todo lo expuesto, puede decirse que el sistema abolicionista de la nueva organización no ha dado ciertamente los resultados que sus autores esperaban alcanzar. Felizmente, el actual Intendente municipal permanece en el buen terreno práctico, con respecto a esta importante cuestión de moralidad pública.

Es un hecho comprobado el aumento sensible de la blenorragia y sífilis entre nosotros, y de lamentar es que las autoridades municipales, inspiradas en un abolicionismo a ultranza, no hayan sabido encauzar el problema de la profilaxis antivenérea, en un sentido verdaderamente racional y práctico.

El doctor Josué A. Beruti ha publicado un interesante trabajo sobre la profilaxis social de las enfermedades venéreas y la participación de la partera en la lucha preventiva contra la sífilis y la gonorrea, cuyas interesantes conclusiones merecen transcribirse.

1.ª La partera, por la índole de su oficio, constituye un elemento de primer orden en la lucha profiláctica contra las enfermedades venéreas.

2.ª Por tal motivo se impone una especial preparación del gremio sobre las causas, la naturaleza, los síntomas y las consecuencias de la gonorrea y de la sífilis.

3.ª Para ello se requiere una particular enseñanza en las escuelas de obstetricia, por parte de los profesores, sobre los puntos señalados y una metódica ilustración del gremio en ejercicio, por medio de cartillas especiales, cursos de repetición y conferencias apropiadas.

4.ª La partera contemporánea no tendría así aumentadas sus atribuciones; las hallaría solamente modificadas en el sentido de concedérsele una mayor intervención social en el terreno preventivo y profiláctico de las enfermedades, y una menor actuación obstétrica, reduciendo al mínimum posible sus atribuciones terapéuticas, que son por el momento excesivas. Trataríase, pues, de una nueva orientación del gremio muy beneficiosa para la colectividad.

5.ª Esta nueva forma de profilaxis social en que se hace intervenir a un nuevo elemento, obligará al principio, si se pone en práctica, a proceder con suma prudencia, a fin de evitar el peligro del curanderismo en que podrían caer las parteras deficientemente ilustradas, o insuficientemente vigiladas por las autoridades.

Antes de terminar este capítulo deseo decir algo sobre la profilaxis individual de las afecciones venéreas. Pienso que hay conveniencia en poner en práctica los medios de protección en otros tiempos preconizados por Metchnikoff y Roux, que habiendo sido mejorados y simplificados, han hecho su empleo cómodo y práctico para todos.

El proceder de desinfección recomendado consiste en el empleo de la preparación antiséptica siguiente:

Timol.	1.75	gr.
Calomel.	25.00	
Vaselina	23.25	
Lanolina	50.00	
Total.	100.00	gr.

Una simple aplicación sobre las mucosas genitales en la hora que sigue al acercamiento sospechoso y el hombre que se ha expuesto al contagio, aun si se ha descuidado de proceder a un lavado previo, se encuentra garantizado.

Una encuesta hecha durante varios meses sobre un grupo de 140 hombres, ha dado al respecto indicaciones muy interesantes y realmente probatorias, puesto que sobre un total

de 140 hombres que han practicado varios cientos de acercamientos sospechosos, no pudo constatarse, merced al empleo de la pomada cuya fórmula se da, ningún caso de contaminación, ni blenorrágica, ni sifilítica.

Pienso que la generalización de esta práctica preservativa tendrá en un tiempo corto, otro resultado de la mayor importancia que el de la preservación del individuo aislado. Es, en efecto, la extinción progresiva y completa de las enfermedades venéreas que la aplicación del método profiláctico preconizado permite entrever. Con mucha razón el doctor Gauducheau dice: "Cuando los hombres hayan contraído el hábito de esta profilaxis antiséptica, verán desaparecer los virus venéreos en ellos mismos, y también en la mujer, teniendo en vista que generalmente estos microbios se transmiten y se perpetúan, parasitando alternativamente en los dos sexos de la especie humana y que si uno de los dos se pone al abrigo, se producirá una desaparición total de dichos gérmenes".

Como en el estado actual de la técnica, no es posible en manera alguna asegurar la desinfección perfecta de la mujer, es en el hombre en el que es fácil realizarla y por consiguiente, es esencial proceder en dicho sentido.

A este resultado podrá fácilmente llegarse, a condición de hacer la educación de los interesados. Convendría, pues, iniciar la propaganda profiláctica en los conscriptos del ejército y de la armada, confiándola a la Dirección de Sanidad militar de ambas instituciones, para, en vista de los resultados alcanzados, hacerla extensiva a otras agrupaciones.

La práctica ha confirmado plenamente las medidas preconizadas por el doctor Gauducheau y este hecho resalta, en efecto, de las indicaciones hechas por el urologista Joseph Karle Moore en un artículo publicado en "The Journal of the American Medical Association" de 24 de abril último.

No habiendo logrado combatir en los contingentes americanos el desarrollo de las afecciones venéreas por la represión de la prostitución femenina y la prohibición a estos contingentes de las casas de tolerancia de ciertas calles o de ciertos hoteles, ni tampoco por medidas de higiene social o medidas profilácticas, se preocupó de organizar estaciones de profilaxis. Estas fueron rápidamente multiplicadas, a tal punto que en marzo de 1919 existían 72 para el solo distrito de París, que distribuyó término medio 5.000 tratamientos.

Esta organización dió los mejores resultados, pues mer-

ced a ella, la cifra anual de enfermedades venéreas del contingente americano en el distrito de París disminuyó de 313,5 por mil primeramente a 113,6 por mil y después a 94,6 por mil.

III

Estados Unidos de América

El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de América, cuenta con un departamento especial de enfermedades venéreas, dirigido por el doctor Rupert Blue, cirujano general de aquél.

Cuando el Cuerpo Legislativo aceptó el proyecto de ley Chamberlain Kahn sobre enfermedades venéreas, el United States Public Health Service creó dicho departamento para evitar la propagación de dichas enfermedades y encaró el problema bajo tres aspectos distintos: 1.º medidas médicas; 2.º leyes y penalidades; 3.º medidas educativas.

Las medidas educativas comprenden la propaganda e información, por folletos, conferencias, cinematógrafo (1), exhibiciones en los centros industriales, clubs, instituciones comerciales, escuelas, iglesias, bibliotecas, el hogar y en todos los órdenes de la actividad humana, de los peligros de estas enfermedades y de sus consecuencias.

Las medidas de orden y disposiciones por medio de leyes y penalidades a los que infrinjan las leyes en los estados y municipalidades, dictando ordenanzas contra la prostitución en todas sus fases; establecimiento y manejo de instituciones destinadas a mejorar la condición del enfermo y su tratamiento; estimular con urgencia la adopción de leyes haciendo obligatoria la declaración de los casos de estas enfermedades; prohibición de avisos charlatanescos, venta de patentes que engañosamente son vendidos como curativos; en fin, toda medida que evite la propagación de las enfermedades venéreas.

Las medidas médicas incluyen el establecimiento de clí-

(1) Dos cintas de este género han sido presentadas al público bonaerense. Una con el nombre de **Padres: cuidad vuestros hijos**, conocida en Nueva York con el nombre de **Damaged goods** (mercaderías averiadas), y la otra **Abra sus ojos (Open yours eyes)**. A ambas se las ha rodeado de cierta reserva, siempre continuando con el mismo falso criterio con que se encara esta cuestión de profilaxis social.

nicas, hospitales, facilidades para los enfermos de ser examinados con el auxilio del laboratorio para un diagnóstico seguro; obtener la cooperación del cuerpo médico y farmacéutico-dental para informar sobre los casos de sífilis, blenorragia y chancro blando.

La campaña contra los anuncios charlatanescos ha comenzado y de los 20,000 diarios y publicaciones de los Estados Unidos, sólo unos 140 continúan insertando esos anuncios, lo que prueba que el 99 por ciento de los periódicos han secundado las medidas adoptadas.

El segundo paso en la campaña fué dirigido a los farmacéuticos del país. Mediante la notificación han aprobado y respondido afirmativamente unos 28,000 de los 48,000 farmacéuticos y droguistas que cuenta la Unión Americana, lo que indica que sólo un 60 por ciento aprueban estas medidas.

Una solicitud en este sentido dirigida a los 131,780 médicos y cirujanos que ejercen legalmente la profesión, ha demostrado que sólo han cooperado 60,000 del número total de profesionales, o sea un 45 por ciento de éstos.

Para dar una ojeada de conjunto sobre la lucha antivenérea, en los Estados Unidos de América, me permito transcribir los siguientes datos extraídos del libro del doctor Juan H. Stokes: "El problema social de la sífilis", aparecido en el año pasado y preciosa fuente de información.

Un gran movimiento se ha iniciado para la restricción de la sífilis y enfermedades afines en el mundo entero. Una campaña de publicidad fué el punto de partida del esfuerzo organizado para realizar la disminución de la tuberculosis y de la misma manera una campaña semejante, forma la base del movimiento que, bajo la presión de las tremendas necesidades de la guerra, está abriéndose paso con una rapidez tal, que generaciones de oradores y pensadores en tiempo de paz no habrían podido realizar (1).

---

(1) El lector habrá sido informado por el capítulo destinado a la Argentina, de este libro, que en 1907 inicié en toda la América Latina una campaña contra las enfermedades venéreas y que en Buenos Aires fundé la Sociedad Argentina de profilaxis sanitaria y moral, desgraciadamente de corta existencia.

Después de veinte años empeñados con todo desinterés en la lucha antituberculosa, me he visto obligado a retirarme de ella por motivos bien ingratos que no es del caso recordar aquí. Es mi vivo deseo se pudieran alcanzar en la lucha antivenérea los mismos resultados, bien evidentes, alcanzados con la peste blanca.

Aunque este país, dice el doctor Stokes, refiriéndose a los Estados Unidos de América, en el momento que escribimos, está probablemente más atrás que cualquier otra nación del mundo en sus esfuerzos contra las enfermedades venéreas como problema nacional, tiene la ventaja de que el camino trazado ya por las campañas que hacen época, tales como las de los países escandinavos, los estudios de la Comisión Real Sydenham, bajo cuyas demostraciones está tratando el Gobierno Inglés de realizar ahora la más grande campaña aislada que se haya emprendido jamás contra la sífilis y la blenorragia. Alemania ha tenido durante varios años una sociedad entre cuyos miembros se contaban algunos de los más grandes nombres de la ciencia moderna, que dirigían todas sus energías hacia la solución del problema de las enfermedades sexuales, y la opinión alemana en esta materia va desenvolviéndose tan rápidamente, que difícil es seguirla, aun para los que se ocupan de estas materias.

En este país el progreso ha sido mucho más lento, retardado por peculiaridades mentales, maneras de ver y tradiciones muy diferentes de las que han dirigido el pensamiento en Europa. La asociación de la sífilis con la prostitución ha contribuído poderosamente como un medio para relegar muchas informaciones estadísticas valiosas y conocimientos generales de la enfermedad, a la categoría de informes semiprivados y no accesibles como fuente de información para la gran masa del público que piensa. El efecto de encontrar el problema de la sífilis invariablemente ligado a las discusiones sobre el mal social, ha servido para perpetuar en la idea popular esta asociación, que obstruye el camino a toda solución del problema de salud pública. Mientras que la idea de la prostitución influya la sífilis, oculte la sífilis o la trate accidentalmente, no contribuirá jamás en nada a la conquista de ninguna de las dos. Es una de las modalidades más significativas de la gran campaña que se realiza hasta ahora en el mundo entero, la de que se haya adoptado finalmente el camino correcto y se ataquen la sífilis y la blenorragia como enfermedades y no por su asociación con la prostitución.

Las sociedades que en este país están realizando esfuerzos notables para impulsar la campaña contra la sífilis y la blenorragia, merecen todo el apoyo posible de parte del público ilustrado. La Asociación Americana de Higiene Social es un centro de informaciones fidedignas respecto a los problemas de las enfermedades sexuales; publica un sema-

nario. El Comité Nacional de Higiene mental y sus sociedades anexas están empeñados también en difundir el conocimiento de las relaciones de la sífilis con las enfermedades mentales y la degeneración. Los departamentos sanitarios de los diversos Estados, lo mismo que los de las ciudades, los acompañan con entusiasmo en sus esfuerzos para impulsar esta campaña y se ha realizado ya un trabajo notable en la ciudad de Nueva York, tanto en publicidad como en provisión de facilidades para reconocer y tratar las enfermedades en cuestión. Algunos Estados como Ohio, Michigán y Vermont, se encaminan hacia un ataque legislativo a diferentes aspectos del problema. Periódicos y revistas de importancia, han hecho suficientemente familiar al público, la idea de una campaña contra estas enfermedades.

Se ha legislado poco sobre la sífilis y no siempre de manera atinada y oportuna. Una legislación fantástica y proyectos de ley poco estudiados son los preliminares familiares que preceden al estallido de un gran movimiento de opinión pública. Ejemplos típicos de esa legislación prematura se encuentran en el establecimiento de la prueba de Wassermann en ciertos estados como evidencia de aptitud para el matrimonio, y en los esfuerzos que se declare la sífilis y la blenorragia con el nombre del enfermo. Los proyectos de cuarentena y de tarjetones en las casas de todos los enfermos de sífilis, entran en la misma categoría, aunque sean seriamente apoyados por algunos. El plan para establecer, sea por la acción del Estado o la intervención municipal, hospitales especiales para venéreos entra en la misma categoría, puesto que es obvio que en el estado actual de la opinión, solamente los muy desvalidos recurrirían a ellos. El estigma adscripto a esos establecimientos los haría inútiles justamente para las personas de algún valer, que está en el interés público conservar y reeducar.

Bajo la dirección de una Oficina nacional o Departamento sanitario administrativo no hay duda de que el movimiento contra la sífilis avanzaría mucho más rápidamente que por las energías intermitentes y dispersas de diversos estados y asociaciones particulares.

Lo que han hecho la Comisión Sydenham en la Gran Bretaña y la Sociedad para combatir las enfermedades sexuales en Alemania y los programas legislativos ya mencionados, ha sido cristalizar gradualmente, en forma perfectamente definida, los hechos esenciales e indiscutibles de un pro-

grama para la restricción de las enfermedades venéreas, la sífilis entre ellas.

Aquellos pueden resumirse de la manera siguiente:

1.° La provisión para las enfermedades en cuestión de un tratamiento universalmente reconocido como bueno, a expensas del Estado, si es necesario.

2.° La provisión por el Estado de los medios eficaces para reconocer estas enfermedades con la mayor exactitud posible en todo caso.

3.° La supresión del ejercicio de los charlatanes; prohibición efectiva de específicos y de anuncios de curaciones por éstos.

4.° Profilaxis moral y educativa y supresión rigurosa de la prostitución (1).

Además de estas medidas, que son comunes a todos los proyectos y sistemas en aplicación para la restricción de las enfermedades sexuales, pueden agregarse otras recomendaciones clasificadas como discusión y tanto más en debate, cuanto que algunas han sido incorporadas en algunos programas y omitidas en otros.

Estas son las siguientes:

1.ª Instrucción general en la profilaxis general para todo el mundo.

2.ª Medidas coercitivas y multas que obliguen a los enfermos a continuar su tratamiento hasta que sanen, prescindiendo de lo que ellos deseen hacer en la materia.

3.ª Notificación o declaración de los casos de enfermedades sexuales a las autoridades sanitarias.

4.ª Legislación indirecta, como puede llamarse la que tiene por objeto descubrir a las personas infectadas antes que contraigan matrimonio, más bien que cuando estalle la enfermedad, ya sea relevando al médico que atiende el caso de las obligaciones del secreto profesional, o exigiendo certificado de salud antes del matrimonio y anulación de éste después de descubierta la infección.

La provisión de un tratamiento al alcance de todo el mundo, sin tener en cuenta los medios o circunstancias del enfermo, debería ser considerada la base fundamental, sin la cual un programa no debería ni siquiera considerarse. Por más de un siglo Dinamarca ha suministrado tratamiento gratuito a todas las personas con enfermedades vené-

(1) Esta última medida es, a mi juicio, completamente utópica. (Nota del comentador).

reas. La ley noruega, similar en su parte esencial, data de 1860. Italia hace pocos años adoptó un programa semejante, echando categóricamente sobre el Estado la responsabilidad de proveer a la curación de todos los enfermos con infecciones venéreas. Inglaterra acaba de adoptar un sistema mixto, que pone la mayor parte de la responsabilidad en manos del Estado y muy poca en la del individuo por lo que respecta al tratamiento. Alemania ha obligado a las compañías de seguro a cargar con esta obligación, y, bajo la presión de la guerra, ha apurado las cosas, invocando más y más la ayuda del Gobierno. La ley reciente de Australia Occidental ordena que todo médico pagado por el estado, trate las enfermedades venéreas sin percibir remuneración alguna. En comparación con los inmensos progresos que representan estos programas, en contraposición a la indiferencia anterior, nuestro país hace un triste papel. En los Estados Unidos ninguna institución pública está encargada formalmente del deber de prevenir, reconocer o tratar la suma considerable de infección venérea que daña nuestra salud nacional. Algunas inspecciones sanitarias nacionales tratan de practicar la prueba de Wassermann y algunas municipalidades tienen laboratorios bien organizados para descubrir la blenorragia y la sífilis, pero hay pocas instituciones que, siendo netamente de carácter público, cuenten con un especialista siquiera que les ayude a reconocer los casos y dirija el tratamiento de los enfermos que no pueden procurarse cura privada.

Los hospitales y dispensarios para el tratamiento de las enfermedades venéreas están casi todos en manos particulares y una investigación reciente de las clínicas y dispensarios para el tratamiento de la sífilis y de la gonorrea en la ciudad de Nueva York, por ejemplo, demostró que muchas de ellas estaban tan poco adecuadas, que eran frecuentadas solamente por vagabundos, no tenían ninguna autoridad para reconocer la sífilis en su comienzo, ni podían administrar el salvarsán en condiciones que un enfermo con discernimiento se atreviera a confiarse en ellos; ni pretendían siquiera seguir a sus enfermos más allá de la puerta, ni darlos de alta, sanos. Una de las más grandes ciudades de este país no tenía, hasta hace un año, ni siquiera una clínica nocturna, a la que pudieran concurrir los que trabajan de día, y apenas comienza ahora a darse cuenta de esta necesidad.

La provisión de un tratamiento adecuado y de facilidades para el diagnóstico, a semejanza de las que van a lle-

nar Europa, incluye lo siguiente: antes que todo dispensario en crecido número para la identificación de los casos incipientes, perfectamente montados con ultramicroscopios, con sistemas de registro y medios de seguir a los enfermos desde su entrada hasta su completa curación. Esto significa enfermeros, cooperadores sociales, doctores con conocimientos especiales y no simplemente generales de la sífilis y blenorragia. El dispensario antivenéreo del hospital Brooklin es un ejemplo admirable de lo que deberían ser estas instituciones, pero es uno solo, cuando deberían contarse por decenas o centenares. Copenhague, con una población inferior a la de varias ciudades de este país que no cuentan con ninguna clínica, tiene siete clínicas municipales, cuyas horas y nombres están profusamente anunciadas.

En segundo lugar, debe haber facilidades para que los enfermos ingresen en los hospitales. No deben ser hospitales venéreos, sino servicios o secciones de los hospitales generales, de tal manera que los enfermos qne entren en ellos estén protegidos del estigma y del comentario. Pontopidan, especialista danés, estimaba que para el cuidado de las enfermedades venéreas una cama de hospital para 2,000 habitantes era suficiente (1) y, sin embargo, hay ciudades en nuestro país que no cuentan con una sola cama utilizable para este propósito, en 100,000 habitantes.

El hospital realiza una función especialmente valiosa en el cuidado de la sífilis en particular. Procura una cuarentena eventual y educa al enfermo en su responsabilidad ante la comunidad para cuando sea dado de alta. Tres semanas de permanencia en el hospital, o un poco más, constituyen el mejor punto de partida para dirigir la curación de una sífilis activa. El secreto de un sifilítico puede guardarse en un hospital con tanta eficacia como en el gabinete de un especialista, y la calidad del tratamiento que se le pueda dar es manifiestamente mejor que el que puede obtener estando fuera, en completa libertad. Los hospitales en general, han mantenido hasta hace poco cerradas sus puertas a los enfermos de sífilis, y es solamente bajo la presión de un conocimiento creciente de lo que esto significa para la salud pública, que están comenzando a comprender su deber.

Antes de que pueda ser un hecho la campaña general, el

---

(1) Ignoro el número de camas para venéreo-sifilíticos de que disponen los hospitales de la Capital federal.—(Nota del comentador).

salvarsán debe llegar a ser, como se ha dicho, un beneficio público y no privado. Debe estar al alcance de todos los que lo necesitan, al más bajo precio posible, prácticamente el de fabricación y debe ser suministrado por el Estado cuando sea necesario. La concesión de derecho de patente que ha permitido la explotación actual con el objeto de especular con un agente de tan vital importancia en la protección de la salud pública, es un error que no deberíamos perder tiempo en remediar. Si bien es cierto que el salvarsán no implica la curación de la sífilis, significa una gran parte de su restricción como enfermedad infecciosa.

El tratamiento gratuito de los que no pueden pagar, es una parte necesaria en el éxito de todo programa que tenga por objeto la desaparición de las enfermedades sexuales (1). Pero, para los que pueden y desean pagar sumas moderadas, debería haber clínicas de pago intermediarias entre las cualidades rudas de un dispensario gratuito y el lujo dispendioso del gabinete de un especialista. Este es un campo casi enteramente virgen en este país y que merece el apoyo del público. No hay motivo para que con un gasto razonable no pueda procurarse el enfermo con sífilis todos los beneficios de los cuidados del hospital, la atención personal de hombres entrenados especialmente, una vigilancia inteligente de su caso, el beneficio de la cooperación del personal de un hospital a cargo de especialistas y la de su médico, que debe atender durante un tiempo considerable del curso de la enfermedad. Medio de curación de esta especie hacen el tratamiento a la vez más llevadero y más accesible a un inmenso número de personas, cuya dignidad las aleja de los dispensarios de caridad y cuyos recursos limitados las dejan a merced de los charlatanes o de los médicos bien intencionados, pero sin ninguna experiencia.

Al establecerse los servicios es muy importante asegurarse una dotación de especialistas experimentados, y laboratorios que no deben confiarse a aficionados mal remunerados.

La supresión de los charlatanes en nada es más urgente que en la sífilis.

Se está comenzando apenas a reconocer la nefasta in-

---

(1) La sección de enfermedades venéreas del Cuerpo de Sanidad de Missouri ha creado en este Estado 21 clínicas de enfermedades venéreas para el tratamiento gratuito de las personas que estén en la imposibilidad de costear sus gastos.

fluencia de las boticas para perpetuar la blenorragia y la sífilis. El paciente, con un chancro incipiente, por la recomendación del práctico de la botica, aplica un poco de polvos de calomelanos en la úlcera, y, o bien la "seca" y los síntomas secundarios de la sífilis aparecen a su debido tiempo, o se empeora, o queda como antes, hasta que, finalmente, va el enfermo a casa de un médico o a un dispensario para reconocer que la intervención del práctico de la botica le ha quitado la oportunidad "única e inapreciable" de hacer abortar la enfermedad. Si aparecen las manifestaciones secundarias, uno o dos frascos del específico X, I o Z, otra vez por indicación del boticario que todo lo sabe, y que contiene un poco de mercurio y de ioduro de potasio, cura las erupciones suaves, y un año o poco más tarde un matrimonio con las consiguientes recidivas mucosas y la infección de la mujer, revelan el triunfo de la ignorancia y la estrechez de miras del público.

La Real Comisión Inglesa, después de cuidadosa deliberación, decidió no recomendar al Gobierno, hoy por hoy, ninguna forma de declaración de las enfermedades venéreas. La opinión pública en Alemania es completamente contraria a la declaración y no se la ha tomado en cuenta en la población civil.

Las medidas obligatorias constituyen en la ley el tercer punto discutible en el programa moderno contra la sífilis. Los países escandinavos lo han adoptado y en ellos al enfermo que no se trata puede obligársele a que lo haga. Si se halla en estado contagioso puede ser recluído en un hospital para su tratamiento. Si a sabiendas de que tiene una enfermedad venérea infecta a otros, se exponen a una multa, sino a un largo período de prisión. La ley de la Australia Occidental es todavía más eficaz que la escandinávica en el vigor con que se la puede aplicar. Los castigos por las violaciones de sus mandatos son tan pesados, que desalientan por completo a los que quisieran hacerse irresponsables.

En el extremo opuesto encontramos a la Gran Bretaña, confiando exclusivamente en la provisión del tratamiento adecuado, en la comprensión de los enfermos y la educación del sentimiento público para inducirlos a continuar el tratamiento hasta que sanen. Italia, en el mismo sentido, ha abandonado el asunto al criterio del enfermo. La Asociación Médica de Munich ha aceptado el tratamiento obligatorio bajo las mismas bases de la ley de la Australia Occidental, aunque este programa tan avanzado se ha limitado

a los distritos militares. El programa del licenciamiento del ejército alemán después de la guerra incluye, sin embargo, por indicaciones de Blaschko, medidas coercitivas y la supervigilancia llevada hasta los más pequeños detalles. En suma, el método de Gran Bretaña, que se preocupa primero de proveer al diagnóstico y tratamiento adecuado y en seguida a la cuestión del que no quiere llegar hasta ellos, es un modo lógico de tratar el asunto, y como desarrolla el sentimiento del público en su favor, facilitará también el camino a otro sentimiento que reforzará las medidas coercitivas si se necesita y evitará que sean letra muerta.

De un interesante estudio del doctor Walker Clarke: "La nueva legislación antivenérea", extraigo los siguientes informes:

El Servicio de Sanidad ha anunciado recientemente que ha terminado una investigación en 465 grandes ciudades de los Estados Unidos, con objeto de conocer cuáles son las medidas en vigor para la supresión de las enfermedades venéreas. Los resultados de esta investigación parecen ser muy halagüeños.

La opinión más autorizada en los Estados Unidos considera que la represión de la prostitución forma una parte importante de la campaña contra las enfermedades venéreas. Parece evidente que desde el punto de vista de la higiene pública, hay ventaja en someter a una vigilancia a los portadores conocidos de enfermedades contagiosas y en impedirles que propaguen estas enfermedades. Se ha demostrado suficientemente que las prostitutas de profesión, constituyen portadores notorios de enfermedades venéreas, y en tal concepto, su detención, en tanto que sean contagiosas, parece completamente indicada como medida razonable de protección de la salud pública. Sin embargo, tanto el programa americano, como el que está en preparación en el Canadá, no descuidan su rehabilitación moral, industrial y física.

La declaración obligatoria constituye una de las cláusulas principales de la nueva legislación antivenérea, la que constituye en cierto modo su alma.

En los Estados Unidos, la eficacia de la ley sobre la declaración obligatoria varía, según los diversos Estados. Durante el año que terminó el 30 de junio de 1919, se han declarado un total de 239,503 casos, lo que procura una proporción de 1 enfermo por 459 habitantes. Algunos Estados

han declarado un gran número de casos, como el de Texas, por ejemplo, (31,426 casos), mientras que otros sólo han señalado muy pocos (Wyoming sólo 33). En el Estado de Nueva Jersey se han declarado, en un mes, más casos de enfermedades venéreas que de tuberculosis, siendo para aquéllas 776 y para la segunda 625. Esto parece indicar la aceptación general del sistema de declaración por la profesión médica del Estado en cuestión.

Según informaciones recibidas en junio de 1920, había en esta fecha 499 clínicas para enfermedades venéreas dirigidas por el Servicio de Sanidad de diversos Estados, municipalidades o del Gobierno Federal. El objeto de estas clínicas es el de facilitar asistencia a los que no pueden pagar nada, o bien a los que sólo pueden pagar honorarios modestos, y aunque no hay una cantidad suficiente de clínicas para los Estados Unidos, su número crece con una rapidez favorable. Es claro que gran número de enfermos pueden hacerse curar particularmente.

Una de las estipulaciones de la ley autoriza al Servicio de Sanidad a poner en cuarentena las habitaciones de las personas que padecen enfermedades venéreas en estado contagioso, en el caso que la conducta de éstos no ofrezca bastante garantía para la protección de la salud pública. Esta medida ha sido aplicada efectivamente a causa de enfermedades venéreas en los Estados siguientes: Tennessee, Pensilvania, Wyoming, Michigan y Kansas. Además los Estados de Massachusetts, Nuevo Méjico, Wisconsin, Nuevo Hampshire, Dakota del Sud y Connecticut, tienen leyes prescribiendo la cuarentena, cuando ésta sea necesaria, en opinión del director del Servicio de Sanidad del Estado.

El Servicio de Sanidad, la Comisión de los campos de ejercicio, el Consejo Inter-departamental de Higiene y la Asociación Americana de Higiene Social, cooperan con el objeto de recomendar las leyes para la supresión de las enfermedades venéreas. Las notas siguientes indican los progresos que se han realizado en este sentido:

Se ha reconocido la sífilis y la blenorragia como contagiosas y peligrosas para la salud pública. Esta resolución ha sido adoptada en las leyes de 43 Estados.

En 34 Estados el hecho, de parte de un contagioso, de exponer a otra persona al contagio, está considerado como un delito (1).

(1) Es muy interesante observar que en una memoria que presenté como ponente al Cuarto Congreso Médico Latino-Americano (1.er Con-

En 45 Estados, los médicos, etc., deben declarar las enfermedades venéreas.

En 7 Estados la declaración debe llevar el nombre del enfermo.

En 38 Estados las informaciones se hacen por número.

En 36 Estados los médicos deben dar instrucciones.

En 16 Estados la venta de remedios antivenéreos sin receta del médico, está prohibida.

En 16 Estados los farmacéuticos deben dar cuenta de la venta de estos remedios.

En 31 Estados el Comisario de Sanidad tiene el deber de hacer investigaciones sobre las fuentes de infección.

En 35 Estados el examen obligatorio de los contagiosos sospechosos está autorizado.

En 19 Estados las personas detenidas en establecimientos penales deben ser examinadas desde el punto de vista venéreo y tratadas en caso de necesidad.

En 24 Estados el examen y el tratamiento de los contagiosos son obligatorios; este último está hecho por cuenta del enfermo o por cuenta del Estado.

En 40 Estados se puede poner los contagiosos en cuarentena cuando esto sea necesario.

En 18 Estados no se puede emplear contagiosos en establecimientos en los cuales se manejen artículos de consumo.

En 28 Estados el Comisario de Higiene tiene el derecho de reprimir la prostitución.

La validez de las leyes para la supresión de las enfermedades venéreas ha sido confirmada por los Tribunales de casación en ciertos Estados y por los Tribunales de primera instancia en otros.

Una ley federal establece en los Estados Unidos un sistema de cooperación entre el Gobierno Federal y los Estados de la Unión. La Cámara de Diputados americana ins-

---

greso Panamericano), celebrado en Santiago de Chile en 1909, sobre la "Frecuencia y profilaxis de las enfermedades venéreas en la América Latina", sostuve que en la legislación debía incluirse la responsabilidad y penas consiguientes por los hechos de contaminación venérea. Una de las conclusiones de mi trabajo estipulaba este desideratum y para evitar discusiones que amenazaban prolongarse demasiado, comprometiendo el éxito de las ocho conclusiones anteriores, creí conveniente retirarla en el momento próximo a la votación. ¡Quién me hubiera dicho que mi desideratum de entonces sería convertido en una realidad algunos años después en los Estados Unidos de América! —(Nota del autor).

cribió en el presupuesto del año 1918 la suma de un millón de dólares para distribuir entre los Estados que consagren sumas iguales, para campañas contra las enfermedades venéreas. Esto ha sido repetido para el año fiscal que empezó el 1.º de julio de 1919, y se consagró la suma de 750,000 dólares para el mismo uso durante el año fiscal de 1920. El resultado de esta acción de parte del Gobierno Federal es que se han gastado sumas mucho más importantes por los Estados, municipalidades y organizaciones para el estudio y la prevención de la prostitución y de las enfermedades venéreas. En junio de 1919, treinta y un Estados habían destinado en sus presupuestos 1.444,334 dólares para la lucha antivenérea (1).

El diagrama siguiente es la reproducción de un gran mapa mural usado por el doctor William F. Snow, director general de la Asociación Americana de Higiene Social, que tiene por objeto dar a conocer los propósitos de la higiene curativa (Remedial Hygiene), en lo referente al contralor de las afecciones venéreas, al grupo de estudiantes que asisten al curso de verano de higiene social en el Colegio de Maestros de la Universidad de Columbia. Dicho mapa fué muy bien acogido como contribución especial para ilustrar el complejo problema que el Boletín de la Asociación de Higiene Social ofrece a sus lectores, acompañado de un sumario del doctor Snow a manera de explicación.

El punto redondo "A", a la izquierda del mapa, representa el gran grupo de personas que en una comunidad están libres de afecciones venéreas. El punto marcado "B", a la derecha, representa el grupo más pequeño de personas afectadas por enfermedades venéreas. Bajo el punto de vista epidemiológico, el problema se reduce a prevenir al organismo de sífilis, gonorrea y chancro blando que pasan de "B" a "A".

La primera exigencia que se presenta es hallar con cierta atención a la persona infectada. En otras palabras, hay que contar con el público, para hacerle comprender la necesidad de encontrar el "B's".

Débese observar, ante todo, que la fuente principal de

(1) El presupuesto municipal de la ciudad de Buenos Aires arroja la suma de 159,120 pesos anuales para los servicios antivenéreos, suma que, como se ve, es insignificante por demás. La lucha antivenérea no ha merecido hasta hoy la atención debida por parte de nuestros ediles.

transmisión es el contacto sexual, representado en el mapa por una ancha faja recta que une los puntos "A" y "B". Sin embargo, existen otras vías, representadas por líneas curvas más delgadas.

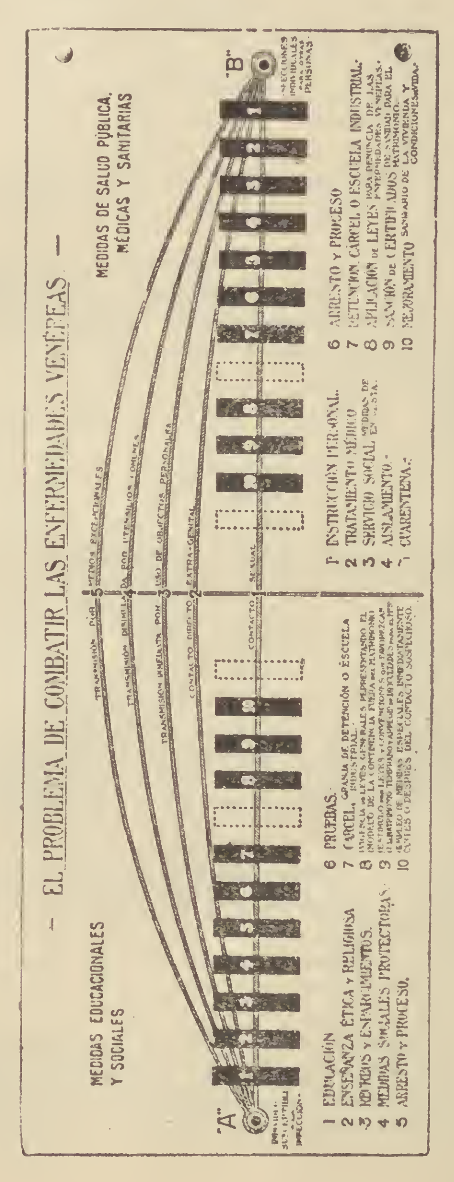


Diagrama de lucha antivenéreas en los Estados Unidos de América

La fuente de menor importancia es el contacto directo extra-genital. En este grupo se incluye toda clase de infección accidental, por intermedio de secreciones transportadas directamente de una a otra persona. Lo más frecuente son los labios en el acto del beso.

La vía que sigue en orden decreciente, es el cambio de objetos personales. "A" pide su pipa a "B"; éste presenta lesiones en su garganta, y da así una oportunidad directa para que los microbios de la pipa contaminada, pasen de "B" a "A". También puede existir una transmisión debida al uso de objetos comunes; por ejemplo, un hombre infectado usa su pañuelo y lo pasa por los ojos o la nariz de un niño.

La infección puede ser trasmitida por otros medios excepcionales. Un niño nacido de madre enferma puede infectar sus ojos con gonococos procedentes del canal que ha atravesado al nacer, o bien, los microbios pueden trasmitirse por una enfermera o un cirujano durante una operación.

Estas fuentes menos comunes, tienen relativa importancia. La principal es por contacto sexual directo. ¿Cuál debe ser nuestro principio de acción? Los bloques numerados y dispuestos a lo largo de la línea de contacto entre "A" y "B" expresan las medidas preventivas y curativas, presentes y potenciales que deben invocarse.

Si se pone en práctica la educación personal, representada por el primer bloque, y se consigue que "A" encare el problema, dándose cuenta de todos los medios de transmisión, ciertamente no es probable que llegue a infectarse, exceptuando quizás en las relaciones sexuales fuera de matrimonio. Conocimientos apropiados son los medios principales para evitar la infección. Esto supone idealmente una enseñanza racional en el hogar. La instrucción religiosa y ética, racionalmente acordada para evitar las relaciones sexuales fuera del matrimonio, importa una fuerza superior.

Los deportes y esparcimientos saludables, convenientemente organizados, absorben las actividades de holganza de "A's" y disminuyen así la tendencia a la aventura sexual que conduce al fin a la relación sexual.

Las medidas sociales protectoras deben ponerse en juego, después que las otras han fracasado. La prevención con resultados desfavorables en las relaciones sexuales constituye un tipo de obra muy útil.

Cuando el contacto común se ha producido, a despecho de todas las barreras, el recurso final debe ser el proceso y el arresto, en lo que concierne a la sociedad. Esto, como es consiguiente, incluye los métodos de prueba, de sentencia, de cárcel, medidas tendientes todas a hacer que "A" se precava con respecto al contacto sexual.

Examinando la otra faz del problema y considerando a "B" como foco de infección, ¿cómo podrán adoptarse medidas efectivas con el atacado de enfermedades venéreas? Lo primero que debe ensayarse con "A" es la instrucción personal. Todo médico concienzudo enseñará a "B" cómo puede resguardar a los otros de sí mismo, con un mínimo de restricciones a su libertad. Esto, como es consiguiente, supone cierto grado de buena voluntad para cooperar por parte de "B".

El recurso siguiente consiste en aplicar el tratamiento médico. Estas enfermedades, más que ningún grupo de otras infecciosas, pueden, con relativa facilidad, tornarse no infecciosas. Débese, pues, insistir sobre el tratamiento apropiado de "B".

La tercera medida está en el servicio social y en sus respectivas encuestas. Es a "A's" a quien "B" lo más probablemente transmitirá la enfermedad. En primera línea, a su mujer y a sus hijos. La casa sobrepoblada podrá también ser factor de transmisión. Las condiciones en que se trabaja pueden diseminar la enfermedad, como, por ejemplo, en el caso de vendedores de sustancias alimenticias.

El individuo sigue todas estas líneas posibles de contagio. Si "B" no tiene en cuenta la necesidad de cuidarse, o bien se rehusa a obedecer las órdenes recibidas, entonces hay que aislarlo. La opinión pública, que está siempre detrás del oficial sanitario, exige, pues, la cuarentena.

Si el paciente viola la cuarentena, debe acudirse al proceso y al arresto. Es aquí que se presentan la escuela industrial, la granja de detención y otros medios.

La sanción de leyes que hagan obligatoria la denuncia de las enfermedades venéreas constituye otro recurso, que no alcanza a lesionar la libertad individual, con tal que se le aplique con tacto y sin publicidad.

La infección dentro del matrimonio viene después. Si todos, excepto este solo punto de contacto, lo excluirá de "A", estará completamente sometido a la condena social de relaciones extra maritales; aún en este caso, podremos ser capaces de salvar a "A" de "B". Hay en este caso

una oportunidad al sacerdote para que preste su concurso; exigiendo un prolijo examen médico antes del matrimonio. Puede constituirse entre el clero y los médicos un bloque, que sería de favorables resultados, para impedir la difusión de las enfermedades venéreas dentro del matrimonio.

Con respecto a las condiciones sanitarias de las viviendas, débese tener en cuenta que la sífilis y la gonorrea pueden trasmitirse por útiles de toilet y otros, pero en pequeña proporción. Puede hacerse desaparecer esta fuente, sin embargo, instalando toilets sanitarios, del mismo modo que se ha eliminado la toalla giratoria para la protección de los escolares.

La idea de la higiene curativa debe centralizar, pues, a su alrededor todos los recursos del "B's", tan pronto como sea posible. Ningún programa será completo si no se tienen en cuenta todos estos recursos.

IV

Uruguay

Con respecto a este país, debo comenzar por ceder la palabra a mi distinguido colega el doctor Juan A. Rodríguez, el campeón de la lucha antivenérea uruguaya, transcribiendo a continuación la interesante carta que me ha dirigido:

"Como usted verá, la reglamentación de las meretrices, en el Uruguay, data de 1906, dependiendo este servicio del Consejo Nacional de Higiene, y la intervención policial es solamente para el caso de que las prostitutas no cumplan con el reglamento. Ha sido siempre, y lo es actualmente, una obra de grandes proyecciones, porque hemos combatido la sífilis y enfermedades venéreas en su principal foco, con un personal médico especialmente instruído y empleando los medios más modernos para investigar y tratar las enfermedades venéreas.

"Felizmente, los uruguayos nos hemos visto libres de esos **furibundos** abolicionistas que tanto mal han hecho en su patria, y en estos momentos, con el mismo criterio de inspección médica, se está realizando la reglamentación en las llamadas **Pensiones de artistas, que era el único baluarte** de focos venéreos, que quedaba por reglamentar en el Uruguay.

"Creo que pasarán muchos años para que los dirigentes en la profilaxis de la sífilis dejemos de ser reglamentaris-

tas, porque en estos catorce años de práctica continua, hemos observado **resultados sorprendentes**, en la profilaxis de las enfermedades venéreas.

"La prostituta enferma, examinada en su domicilio o en el dispensario de la prostitución, es enviada al Sifilicomio Nacional, servicio que fundé en el año 1904 y funciona desde 1906 provisoriamente en el pabellón "Doctor Germán Segura".

"En el trabajo que ya tuve el honor de enviarle: **Profilaxis de la sífilis en el Uruguay**, que presenté a nuestro primer Congreso Médico Nacional, usted encontrará un resumen del criterio científico empleado para investigar y tratar la sífilis en el Sifilicomio Nacional. El laboratorio ha sido siempre el cimiento que hemos tenido para realizar nuestra obra, y nuestro jefe de laboratorio, el doctor Alberto Scaltritti, que desde hace catorce años me acompaña, es un técnico admirable, como lo demostró en los trabajos que presentó al primer Congreso Dérmato-sifilográfico, efectuado en Río de Janeiro en 1918 y publicado en algunas revistas europeas. Para que usted se forme una opinión sobre el trabajo que desarrolla nuestro laboratorio, le daré el número de reacciones de Wassermann practicadas desde enero de 1918: 32,000.

"Ya que usted se interesa por los trabajos que en el Uruguay se realizan para combatir la sífilis y enfermedades venéreas, le adjunto este esquema, en donde están los distintos organismos que intervienen en esta hermosa lucha:

1.º Consejo Nacional de Higiene:

Reglamentación de la prostitución en el Uruguay.
Dispensario de la Prostitución. Sifilicomio Nacional.
Personal médico: diez médicos inspectores en Montevideo y un médico en cada ciudad o pueblo del interior de la República.

2.º Sanidad Militar:

Dispensario central de Sífilis en el Hospital Militar.
Médicos de sanidad en cada unidad del Ejército.
Profilaxis de soldados, policía y marina.

3.º Instituto Profiláctico de la Sífilis:

Profilaxis de la sífilis en la población civil. Investigación y tratamiento gratuito, no exigiéndose a los en-

fermos ningún documento. Desde enero de 1918 funcionan seis dispensarios en Montevideo. Nuestra Cámara de Diputados aprobó ya el proyecto de un impuesto de un centésimo por hectárea, destinado a la lucha contra la sífilis. Dentro de veinte días lo tratará el Senado. Con este impuesto se instalarán cien dispensarios en la República.

4.º Asistencia Pública:

Asistencia en todos los servicios hospitalarios de los menesterosos enfermos de sífilis y enfermedades venéreas.

"Creo que mi patria ha sido la primera que ha gravado la tierra con un impuesto para combatir la sífilis; del mismo modo creo que el doctor Gallinal ha sido el primer senador que ha hablado al pueblo, desde el Senado, sobre la infección sifilítica.

"Con los recursos que nos dará ese impuesto, podremos hacer una campaña más intensa aún, mediante folletos, **affiches**, un museo público como el de San Luis, en París, en donde estarán los principales **moulages** de los accidentes producidos por las enfermedades venéreas.

"Las Cámaras han votado 30,000 pesos oro anuales destinados a la compra de medicamentos para combatir la sífilis, con promesas de aumentar dicha cantidad, si no fuera suficiente, en los años sucesivos, y han aprobado un proyecto del diputado doctor Halty, exonerando de todo derecho aduanero e impuestos internos a los medicamentos que, a juicio del Consejo de Higiene, estén destinados a curar la sífilis.

"La obra uruguaya ha seguido en parte el camino del Instituto Profiláctico de la Sífilis, en París, que está bajo la dirección del doctor A. Vernes y de cuya enseñanza he participado, como también mis colegas uruguayos los doctores Alonso y Del Campo, habiendo este último desempeñado el cargo de subdirector de la mencionada institución en los años 1915 a 1917.

"El cimiento de la obra uruguaya está, pues, en el laboratorio; es la seriedad de sus investigaciones que impone continuamente trabajos, porque tiene por jefe, como dejo dicho, al doctor A. Scaltritti, especializado desde hace diez años en esta clase de estudios y con un laboratorio central

perfectamente montado para realizar solamente las investigaciones de la sífilis. Los trabajos del doctor Scaltritti demuestran su gran competencia y dominio de la reacción de Wassermann''.

La interesante carta transcripta del doctor Juan A. Rodríguez, me ha sugerido algunas reflexiones que deseo dar a conocer aquí.

Al comienzo de este año tuve ocasión de dirigir a mi ilustre y querido amigo el doctor Joaquín de Salterain, de Montevideo, una carta (1) en la que le hacía presente que, a mi ver, el Uruguay ocupaba el primer rango en la América latina, con respecto a la lucha contra la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas.

La carta del doctor Rodríguez es un prueba palpable de la afirmación que entonces hice. Pero voy aún más lejos: en Europa pocos son los países que pueden equipararse con el Uruguay, por su excelente organización contra las enfermedades venéreas, y es solamente comparable con los Estados Unidos de América, cuyos progresos en este sentido son realmente dignos de tenerse en cuenta. Es gran título de honor que puede ostentar el Uruguay, que si pequeño es por su territorio y población, es muy grande por sus notables adelantos y por el espíritu progresista que anima a todas sus autoridades y especialmente a su clase médica.

En primer lugar, me permitiré observar que la denominación ''Instituto Profiláctico de la Sífilis'', calcada sobre su institución congénere francesa, debería más bien llamarse ''de afecciones venéreas'', a mi ver más apropiada, puesto que la sífilis forma parte de aquéllas y sin duda alguna la más importante y más seria por sus consecuencias.

Desde la iniciación de mi carrera profesional, nunca pude explicarme por qué los médicos consentían, por fuerza de la rutina, los vocablos corrientes de **secretas o vergonzantes**. Jamás pude admitir el misterio con que se rodeaba la sífilis, considerada como anatema de vergüenza y de oprobio, cuando en verdad constituye simplemente una enorme desgracia, digna, sí, de inspirar compasión y perdón. Llegó un momento en que la palabra sífilis tenía que pronunciarse hasta con reserva y en voz baja.

Pasaron los tiempos y un buen día los franceses lanzaron la palabra *avarie* (avería) y ésta precisamente fué

(1) Publicada en el periódico ''La Tuberculosis'' y en el diario ''La Mañana'', ambos de Montevideo.

adoptada por el tercer Congreso Médico Latino-Americano, celebrado en Montevideo en 1907, al crear la Liga Latino-Americana contra la avería, con cuya presidencia fuí honrado. Algunos años más tarde, fué substituída por la palabra **avariosis**, usada hasta el presente.

Jamás he disculpado esta debilidad por parte de los médicos, porque, a juicio mío, no hay razón para querer enmascarar la sífilis, palabra que debe conservarse en la terminología médica, la misma empleada desde el principio, cuando fué importada en Europa por los compañeros de Cristóbal Colón.

Razón tuvieron los franceses cuando la llamaron avería, porque pienso que no puede ocurrir mayor avería al género humano, y, sin duda, pocas enfermedades, el cáncer entre ellas, son más averiantes que la sífilis. En resumen, pues, la palabra sífilis es la que debe perpetuarse, haciéndola familiar del pueblo como las demás enfermedades contagiosas comunes, sirviéndose para ello de folletos, conferencias, films cinematográficos, museo apropiado, etc. Es indispensable desterrar una vez por todas el hermetismo, la hipocresía y el falso pudor, en que se la ha mantenido y considerado.

Autor de la segunda ordenanza reglamentaria de la prostitución sancionada en 1881 por la Comisión Municipal, de la que formaba parte, tuve entonces que sostener una lucha titánica contra las ideas retrógradas de la época, y en 1892, siendo Director de la Asistencia Pública, tuve ocasión de adoptar medidas prácticas y eficientes para establecer con criterio médico, la profilaxis de las enfermedades venéreas y organizar convenientemente el Dispensario de Salubridad y el Sifilicomio Municipal (1) con el concurso eficaz de sus directores, los doctores Guillermo Achával y Arturo Uriarte. Desgraciadamente, este último establecimiento fué suprimido algunos años más tarde por un director de Asistencia Pública, abolicionista **à outrance**, quien dispuso — idea muy peregrina por cierto — que las prostitutas se asistieran en las salas comunes de los hospitales municipales!! Inútil es decir que tan mal inspirada disposición no pudo ponerse en práctica, por motivos fáciles de comprender, y también porque los médicos de salas, sobre todo aquellos encarga-

———

(1) Denominado después Hospital del Norte, y, actualmente, Doctor Juan A. Fernández.

dos de servicios ginecológicos, con muchísimo fundamento, se oponían a semejante promiscuidad.

En estos últimos cuarenta años, las autoridades municipales, inspiradas en criterios completamente falsos, con reglamentaciones absurdas, con persecuciones injustas y desatinadas, llegando en su desacierto a querer sacar rentas de la prostitución en sus diversos renglones (patentes, visitas sanitarias, etc.), no han hecho otra cosa que favorecer la prostitución clandestina. Siendo la prostitución un mal social inevitable, es absurdo perseguirla en forma tan inconsulta como se ha hecho entre nosotros. La meretriz, ser desgraciado si lo hay, debe inspirar más que repulsión, lástima y compasión. Debe tenderse la mano a la mujer que ha caído en la abyección y el vicio, procurando su regeneración cuando sea posible, sobre todo cuando se inicia en la carrera, y velar sobre la prostituta incorregible para que dañe lo menos posible a la sociedad. Desgraciadamente no se ha procedido, ni se procede así por parte de las autoridades comunales. Causa extrañeza que ninguna sociedad caritativa de señoras, entre nosotros, como existen algunas, por ejemplo en Francia, se preocupen de regenerar y levantar a las desgraciadas mujeres que han caído en el abismo del libertinaje y, sin embargo, sería obra muy meritoria, que las realzaría ante los ojos del pueblo y ante su propia conciencia.

Con razón el doctor Juan A. Rodríguez se felicita de que el Uruguay se haya visto libre de esos **furibundos abolicionistas**, como los llama, que tanto mal han hecho en la Argentina. Bien se ve que conoce nuestra historia a este respecto cuando añade: "Creo que pasarán muchos años para que los dirigentes en la profilaxis de la sífilis, dejemos de ser reglamentaristas, porque en estos catorce años de práctica continua hemos observado **resultados sorprendentes** en la profilaxis de las enfermedades venéreas".

El esquema presentado por el doctor Rodríguez no puede ser más interesante y sugerente a la vez; constituye un verdadero plan de batalla. Los magníficos resultados ya obtenidos por los uruguayos sírvenles de estímulo para proseguir la noble obra emprendida, y, cosa digna de llamar la atención, todos los Poderes públicos y el pueblo mismo están en ella interesados.

No dude el doctor Rodríguez de que su patria ha sido la primera que ha gravado la tierra con un impuesto para combatir la sífilis; de que el doctor Gallinal ha sido el pri-

mer senador que ha hablado al pueblo desde el Senado sobre la infección sifilítica; de que las Cámaras uruguayas han sido las primeras en votar 30,000 pesos oro anuales destinados a la compra de medicamentos para combatir la sífilis, acordados gratuitamente en sus dispensarios y vendidos al público al precio de costo.

En el Senado uruguayo se aceptó la moción de que se colocara en **affichage** en toda la República, el discurso del doctor Gallinal, como anteriormente se había resuelto que se publicara el discurso del doctor Varela Acevedo, referente a la plaga del alcoholismo. Resoluciones tan plausibles, colocan en este sentido del **affichage** al Parlamento uruguayo a la altura del francés, en el que dicha práctica está tan difundida desde hace largos años.

Son dignos de mencionarse los dos opúsculos publicados por el doctor Juan A. Rodríguez, el uno bajo el título de "Profilaxis de la sífilis en el Ejército, Armada y policías del Uruguay", y el otro "La sífilis y sus consecuencias", conferencia leída en Tacuarembó, con motivo del IV Congreso Anual de la Federación Rural.

La crítica fundada del doctor Rodríguez, a los abolicionistas argentinos, trae a mi mente las palabras del inolvidable maestro, el Profesor Fournier, que tantas consideraciones me acordó cuando frecuentaba su clínica del Hospital San Luis:

"No nos acuséis a nosotros, higienistas y médicos, de no haber hecho más en salvaguardia de la salud pública, pues hace tiempo que luchamos para hacer mejor, pero nuestros consejos, nuestras adjuraciones, no han sido escuchados. Mas, la opinión pública está enérgicamente solicitada para **abolir** toda vigilancia médica de la prostitución, pues una sociedad poderosa, llamada **Federación abolicionista**, nacida en la púdica Inglaterra, de misticismo protestante, considera la sífilis y las afecciones venéreas como otros tantos saludables presentes de la Providencia para "castigar la carne lujuriosa", para oponer un freno a la depravación de las costumbres y para asegurar la salvación de las almas en el otro mundo. Contamos con el buen sentido, para resistir a semejantes doctrinas, cuyos resultados será decuplar el peligro venéreo".

El doctor Palmberg, en su "Tratado de higiene pública", sostiene que la sífilis se presenta de un modo más grave en la Gran Bretaña que en el continente. En Bruselas se llama a la forma grave, **sífilis inglesa**. Sería de desear que

en el nuevo continente, la Argentina, con su imprudente abolicionismo actual, no llegue a ocupar igual situación que la señalada por el doctor Palmberg para Inglaterra

Antes de terminar este capítulo relativo al Uruguay, permítame el doctor Juan A. Rodríguez que lo felicite ardientemente por su brillante idea de crear en Montevideo un museo especial, análogo al de San Luis, en París, para hacer conocer debidamente del pueblo las enfermedades venéreas. Séame dado ampliar el magnífico proyecto proponiendo el agregado de dos secciones más: una de tuberculosis y otra de alcoholismo. El museo podría designarse, por consiguiente: de higiene y asistencia social. El Uruguay cuenta felizmente con un apóstol que podría ayudarlo en ese sentido: salta a los labios el nombre del doctor Joaquín de Salterain. Con su valioso concurso, el Uruguay podrá levantar un monumento que será la admiración del mundo entero y servirá de modelo a sus hermanas de la América latina. Ojalá que mis votos lleguen algún día a realizarse, para bien del nuevo continente.

Termino este capítulo del Uruguay, transcribiendo el siguiente proyecto del doctor Alejandro Gallinal, que ha sido sancionado por la Cámara de Senadores en sesión de marzo 11 de 1921.

Artículo 1.° Prohíbese a toda persona, agencia o corporación extrañas a la medicina y sus ramas anexas, la publicación en toda clase de impresos, sin excepción alguna, de avisos en que se ofrezcan medios curativos o medicamentos, aún cuando no se designen las enfermedades a que han de aplicarse ni se den explicaciones para su uso.

Art. 2.° Prohíbese a los médicos o profesionales de las ramas anexas a la medicina, la publicación de avisos referentes a medios curativos o a medicamentos con virtudes infalibles de curación, pero cuya eficacia en el tratamiento de las enfermedades a que se destinan, no esté probada a juicio del Consejo Nacional de Higiene.

Art. 3.° Prohíbese, pasados seis meses de la promulgación de la presente ley, la importación de toda droga o medicamento en cuyo envase se encarezca su infalibilidad para curar determinadas enfermedades. El Consejo Nacional de Higiene fijará las excepciones de esta disposición.

Art. 4.° No se podrán expender los alcaloides extraídos del opio o de la coca. Los farmacéuticos no podrán tampoco devolver los originales de cualquier receta en que, en las medicaciones ordenadas, estén incluídos estos alcaloides, y no podrán, asimismo, expender esas medicinas sino por receta original.

Art. 5.° El Consejo de Higiene deberá contralorear la marcha de los alcaloides, tales como la morfina y la cocaína, desde su introducción

por la Aduana, hasta su expendio en las farmacias, a cuyo efecto dictará la reglamentación correspondiente.

Art. 6.° Los alcaloides mencionados cuya existencia no esté debidamente registrada por el Consejo Nacional de Higiene, se reputarán como entrados de contrabando y a sus portadores les serán aplicadas las penas que fija la ley, sean aquéllos llevados para expendio o uso personal, si no se hallan acompañados de la receta médica correspondiente.

Art. 7.° Prohíbese la exposición en vidrieras y escaparates de los anuncios que no se limitan a indicar la composición o las propiedades generales, científicamente comprobadas, de los medicamentos ofrecidos, y la de aquellos que aseguren la eficacia infalible de ciertas drogas o medicinas para el tratamiento de determinados síntomas o enfermedades.

Art. 8.° El Consejo Nacional de Higiene podrá negar su aprobación al expendio sin prescripción médica de drogas o medicamentos que, aún pareciendo innocuos, puedan causar indirectamente daños, obstando al empleo de otros medios curativos.

Art. 9.° Declárase especialmente comprendidos dentro de la prohibición de los artículos precedentes, el anuncio o la exhibición de medicamentos, medios o aparatos anticoncepcionales. Las faltas a esta disposición serán castigadas con el máximum de las penas establecidas en el artículo 16.

Art. 10. Queda absolutamente prohibida la venta por las farmacias, sin receta médica, de sustancias medicamentosas o específicos que puedan emplearse como abortivos. El Consejo de Higiene determinará cuáles son esas sustancias.

Art. 11. El Consejo Nacional de Higiene procederá a la revisión de todos los permisos otorgados hasta ahora para el expendio de drogas o medicamentos, y procederá al retiro de la autorización concedida a todos aquellos que no llenen los requisitos de esta ley; para este efecto, concederá un plazo improrrogable de seis meses.

Art. 12. No se permitirá en adelante en los avisos de las parteras otro enunciado que la simple determinación del título profesional y el domicilio. Cualquier otro agregado se considerará como prueba del ejercicio ilegal de la medicina y será penado con el máximum de las multas establecidas en esta ley.

A la pena máxima establecida por esta ley, estará sujeta la persona que usurpe el título de partera.

Art. 13. A las profesionales a que se refiere el artículo anterior, les queda también prohibido, en el ejercicio de su profesión, el empleo de instrumentos y la prescripción de medicamentos, salvo aquellos que determine en ordenanza especial el Consejo Nacional de Higiene.

Los farmacéuticos que despachen recetas de parteras conteniendo otros medicamentos que los reconocidos como de higiene corriente de

que habla el artículo anterior, incurrirán también en las penalidades establecidas en el artículo 16.

Art. 14. Prohíbese a la prensa la publicación de avisos de adivinas, curanderos y sus similares, incurriendo las empresas periodísticas que infrinjan esta disposición, en las penalidades que determina esta ley.

Art. 15. Las empresas periodísticas serán también responsables de la publicidad que den en sus órganos a anuncios prohibidos por esta ley y que sean de procedencia extranjera, si en el país no existe persona, agencia o corporación, contra quien pueda hacerse efectiva la sanción correspondiente.

Art. 16. Toda infracción de lo dispuesto en los artículos anteriores se penará con multa de cien a mil pesos, o prisión equivalente, y su importe se verterá en las cajas del Consejo Nacional de Higiene.

En los casos de los artículos 4.° y 6.°, la pena será de seis a nueve meses de prisión.

Art. 17. Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones del Honorable Senado, en Montevideo, a 11 de marzo de 1921.

V

Brasil

Contribución histórica (1). — Fué en 1888 que por primera vez nuestra Administración Pública pensó en el problema de la profilaxis de la sífilis y de las enfermedades venéreas, revelando el deseo de encararla seriamente, bajo la debida orientación de los hombres de ciencia.

Si es cierto que allá por los años de 1852 y 1856 una reglamentación de la prostitución, con inscripción casi completa de las meretrices, fué ensayada por algunos jefes de policía; si es cierto también que el barón de Lavradio, una de nuestras mayores autoridades sanitarias, así como el doctor Souza Costa, profesor de higiene de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, no cesaban de reclamar medidas de reglamentación del lenocinio, como base profiláctica, corresponde de hecho al gran estadista de la monarquía y consejero doctor Ferreira Vianna, Ministro del Imperio, el primer movimiento oficial y serio destinado a resolver el palpitante problema.

(1) Informaciones extraídas de una monografía del doctor Werneck Machado: "A prophylaxia da sífilis entre nos". (Contribución histórica). Río de Janeiro, 1915.

Es así que, animado de las mejores intenciones este benemérito compatriota, en la fecha mencionada, presentó una comunicación a la Academia, solicitando de la docta asamblea el nombramiento de una Comisión para estudiar e indicar los medios de "acabar con los efectos de la prostitución sin freno que desola la Capital, ofendiendo con una impudicia ilimitada la moral de las familias, ocasionando tantos desastres y arruinando la salud pública".

La Academia, como era de prever, interesóse en el asunto, nombrando una Comisión para estudiarlo. Desgraciadamente, motivos de fuerza mayor impidieron que los consejos fueran dirigidos al Gobierno.

Más tarde, bajo la República, por dos veces en la misma Academia suscitó idéntica cuestión, llegándose a conclusiones que aparecen en sus Anales. Pero las autoridades no las tomaron en consideración, de manera que la prostitución campea hoy sin reparos y la sífilis y las enfermedades venéreas continúan progresando, sin ser detenidas por medidas oficiales de prevención.

En carácter de vocal de la Liga Latino-Americana contra la avería constituída en el III Congreso Médico Latino-Americano, en Montevideo, el doctor Werneck Machado envió en 1909 al Presidente de aquélla, el doctor Emilio R. Coni, un informe documentado, haciendo conocer el estado de la lucha antivenérea en el Brasil, que puede verse en el informe presentado al V Congreso Médico Latino-Americano de Santiago de Chile sobre la "Frecuencia y profilaxis de las enfermedades venéreas en la América latina".

Sociedad brasileña de profilaxis sanitaria y moral. — El 22 de julio de 1901, reunidos en Río de Janeiro los doctores Bruno Chaves, los profesores Pizarro Gabizo, Chaves Faría, Werneck Machado, Bueno de Miranda, Menres Tavares y Alfredo Porto, el primero declaró hallarse oficialmente encargado de organizar en el Brasil la Comisión Nacional de la "Sociedad Internacional de Profilaxis Sanitaria y Moral", de conformidad con el voto unánime aprobado por la Conferencia Internacional de Bruselas en 1889, para la profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas.

En dicha reunión se resolvió la fundación de la Sociedad brasileña de profilaxis sanitaria y moral, con estatutos más o menos análogos a los del Comité Central de Bruselas y se constituyó la Comisión Directiva provisoria con los profe-

sores Gabizo y Chaves Faría y los doctores Werneck Machado, Bueno de Miranda y Mendes Tavares. Fué nombrado Secretario general el doctor Werneck Machado.

Proyectados los estatutos, la Comisión Directiva provisoria dirigió a la mayoría de la clase médica de Río de Janeiro, así como a todos los periódicos médicos entonces existentes en la Capital, una circular impresa solicitando su presencia el 5 de octubre en el seno de la Sociedad, para su instalación oficial, y discutir las respectivas bases orgánicas. Aprobados los estatutos, fueron aclamados como efectivos los miembros de la Comisión Directiva provisoria.

Informándome sobre los diferentes trabajos realizados por la Sociedad brasileña de profilaxis sanitaria y moral, el doctor Werneck Machado me escribía lo siguiente en 1909:

"Como usted verá por algunos impresos que me tomo la libertad de remitirle, ese asunto ha de tiempo atrás preocupado mucho mi espíritu. Aunque modestos, esos documentos demuestran el interés que el asunto me ha merecido, principalmente en dos centros a cual más importante; la Asociación de Empleados de Comercio, compuesta de cerca de 17,000 miembros (en su mayor parte jóvenes e inexpertos cajeros) y la Policlínica General de Río de Janeiro, institución de caridad y de ciencia, fundada en 1882 y frecuentada por la mayor parte de nuestra clase operaria.

"Además de los consejos destinados a éstos cuando están afectados del mal hunteriano y del opúsculo **A syphilis**, remitido a cada uno de los matriculados en aquella Asociación, encuentran éstos en el reverso de las respectivas papeletas, nociones concisas sobre la blenorragia, de manera de quedar bien enterados, no sólo de su gravedad, sino también de los medios capaces de evitarla.

"En un medio, donde merced solamente a un transcendental y exagerado sentimiento de **pruderie**, debe ser atribuída la exclusión en los reglamentos sanitarios de la parte relativa a la profilaxis de la sífilis y de las enfermedades venéreas, creo haber conseguido algo, venciendo la repugnancia con que hasta hace poco tiempo eran recibidas las referencias públicas sobre tales enfermedades.

"Confiando demasiado en mi dedicación a esa causa, mis colegas de la Sociedad brasileña de profilaxis sanitaria y moral juzgáronme tal vez capacitado para la prosecución de sus fines, donde naturalmente se sentiría la falta sensible

de otros trabajos cuyo mayor valor atestiguase sus beneficios".

El doctor Werneck Machado publicó en 1906 un pequeño opúsculo intitulado "La sífilis. Contribución para su profilaxis", que fué difundido entre los miembros de la Asociación de Empleados de Comercio de Río de Janeiro.

Este mismo distinguido sifilógrafo resume en las siguientes conclusiones las medidas administrativas y sociales sobre la sífilis:

1.ª Ejecución rigurosa de los reglamentos en el Ejército y Armada relativamente a profilaxis de la sífilis, modificando o ampliándolos de acuerdo con los progresos de la ciencia. Exigir prueba de moralidad de los soldados para el permiso de las salidas. No aceptar en las filas respectivas sifilíticos en período contagioso. Obligar a que todo soldado tenga consigo impresos sobre la afección;

2.ª Adoptada la reglamentación del servicio doméstico, no deberá ser matriculado ningún sirviente sin el certificado médico;

3.ª Separación en las fábricas de los operarios de ambos sexos en locales de trabajo, en los vestuarios, en los waterclosets, etc. Hora de entrada y salida diferente para cada sexo. Distribución de consejos impresos.

4.ª Separación de los sexos en las escuelas. Obligatoriedad de los estudios en éstas de higiene y moral y sobre todo procurar convencer a la juventud masculina que no solamente la castidad y la continencia no son nocivas, sino que estas virtudes son recomendables desde el punto de vista médico;

5.ª Protección a las asociaciones de propaganda moralizadora y a las antialcohólicas, auxiliando a estas últimas por todos los medios posibles. Desarrollar las instituciones destinadas a levantar la situación material, intelectual y moral de la mujer. Protección a los asilos de beneficencia destinados a mujeres y niños.

6.ª Protección al proletariado femenino, procurando desenvolver lo más posible la actividad y aprovechándolas en todas las profesiones y empleos compatibles con su sexo y sus aptitudes, para evitar así la miseria, causa eficaz de prostitución.

7.ª Campaña contra la pornografía en las diversiones públicas (cafés, cervecerías, etc.). Prohibición de las menores como cajeras de casas de comercio.

Además de la asistencia que hoy puede encontrar el sifilítico pobre en el Dispensario de la Liga brasilera contra la tuberculosis, bajo mi dirección, todavía puedo señalar el antiguo Servicio de enfermedades de la piel y sífilis de la Policlínica General de Río de Janeiro, fundado por el doctor Silva Araujo, largamente frecuentada, donde, auxiliado por varios colaboradores, se satisfacen los propósitos de la Sociedad de profilaxis sanitaria y moral, bajo la forma de tratamiento médico gratuito y consejos profilácticos escritos.

En este Servicio han sido tratados desde su fundación, el 1.º de agosto de 1882, hasta el 30 de diciembre de 1914, 17,508 enfermos nacionales y extranjeros, hombres, mujeres y niños. Funciona una sección especial para mujeres, que pueden ser tratadas convenientemente y en casos que exigen la internación hospitalaria.

La enfermería especial (para tratamiento de la sífilis y enfermedades de la piel) para mujeres, fundada en el Hospital General de la Santa Casa, con cerca de 70 lechos, se comprende que está muy poco en relación con las necesidades de nuestro medio, constituído por una población de más de un millón de almas y donde — única excepción entre las grandes capitales — no posee la Municipalidad un hospital suyo, siendo aquélla, como sus sucursales, el único centro de asistencia pública de tal género.

En esta enfermería han sido tratados desde su fundación el 15 de mayo de 1910, hasta 1915, 2,055 pacientes, nacionales o extranjeros.

La Santa Casa de Misericordia, fuera de su Hospital general, sostiene dos consultorios en la llamada Sala do Banco, una para hombres y otra para mujeres, destinados exclusivamente al tratamiento de la sífilis y de las enfermedades de la piel, con una frecuentación diaria de cerca de sesenta clientes cada uno. Sabido es que estos consultorios son de hecho verdaderos dispensarios, que también existen en el Hospital de Gamboa para adultos y niños de ambos sexos y en la Policlínica de niños de la calle Miguel de Frías, ambos pertenecientes a aquella hermandad.

La asistencia a los sifilíticos es también practicada en la Policlínica de Botafogo, fundada y dirigida por el profesor Luis Barbosa y en el Instituto de Protección y Asistencia a la Infancia del doctor Moncorvo Filho, así como también en la Asociación de Empleados de Comercio de Río de Janeiro. Merecen igualmente recordarse los hospitales de beneficencia portugueses y de las Ordenes Terceras.

En el Servicio de la Asociación de Empleados de Comercio, por mí fundada, durante los muchos años que la dirigí, la profilaxis de la sífilis halló la más rigurosa ejecución, de acuerdo con el programa de la Sociedad de profilaxis sanitaria y moral, en lo relativo al tratamiento médico y a la propaganda por la pluma y por la palabra.

El Director de Sanidad Pública, doctor Carlos Seidl, apoyándose en el llamado del Congreso Médico Internacional realizado en Londres (agosto de 1913), dirigió al Ministerio del Interior una larga y documentada exposición, opinando que "sería de toda conveniencia al bien público que el problema de la profilaxis de la sífilis fuese considerado por el Gobierno, procurando para él, una solución práctica compatible con nuestras actuales condiciones". Al efecto, propuso como providencia inicial "comisionar un funcionario competente en la materia, apreciando sobre todo lo que de práctico se haya hecho en los países que más se han preocupado de esta cuestión". El médico designado fué el doctor Eduardo Rabello, de cuyo informe resultó la inclusión en los reglamentos sanitarios de disposiciones relativas a la profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas.

Profilaxis de la lepra y de las enfermedades venéreas.— El 15 de septiembre de 1920 el Gobierno del Brasil resolvió aprobar el reglamento de los servicios a cargo del Departamento Nacional de Sanidad Pública, y su título IV comprende la profilaxis de la lepra y enfermedades venéreas, cuyas disposiciones principales voy a hacer conocer en seguida.

La inspección de la profilaxis de la lepra y de las enfermedades venéreas, tiene por objeto vigilar y aumentar el servicio de combate a estas afecciones en todo el territorio nacional.

Al inspector de la profilaxis de la lepra y enfermedades venéreas corresponde la dirección de los servicios en el distrito federal, así como la orientación técnica y la fiscalización de los mismos servicios en todo el país.

En el distrito federal y en el territorio del Acre los servicios son directamente ejecutados por la inspección; y fuera del distrito federal, mediante acuerdo con los respectivos gobiernos o administraciones, por intermedio de las Comisiones de saneamiento y de profilaxis rural.

Los inspectores y subinspectores de este servicio son elegidos entre los que poseen conocimientos especializados con relación a la lepra y enfermedades venéreas.

La Inspección General cuenta con el siguiente personal: un inspector, un ayudante médico, un oficial tercero, un receptor, dos escribientes, un dactilógrafo, un portero, un ordenanza y dos sirvientes. Dispone también de guardas sanitarios, enfermeros y demás empleados necesarios designados por el Director General del Departamento de Sanidad, a propuesta del Inspector General.

Río de Janeiro, noviembre 21 de 1920.

Mi distinguido colega y amigo:

De 1914 hasta el presente, varios planes han sido propuestos después de discusiones más o menos acaloradas sobre este problema profiláctico en la Academia de Medicina y otras asociaciones médicas y con tal insistencia secundadas por la prensa lega o profesional, que por último, el Gobierno Federal resolvió incluirlo en el nuevo Reglamento Sanitario recientemente promulgado.

Anteriormente, sin embargo, a la promulgación de este reglamento, ya la iniciativa particular había tomado a pecho hacer algo práctico.

Es así que exclusivamente por ello fué creado, hace cerca de un año, el primer Dispensario público y gratuito en el distrito de Gloria (arrabal) con el nombre de Dispensario de Gloria "Ubaldino do Amaral" (nombre de su benemérito fundador, respetado jurisconsulto y uno de los más eminentes y reputados brasileños, desgraciadamente fallecido poco después de la realización de su filantrópica empresa). En la organización de ese dispensario tomé parte activa por gentil invitación de su Comisión Directiva. Este dispensario está funcionando regularmente con el mayor provecho para la población pobre no sólo del suburbio en que está situado, sino también de otros más distantes, por ser el único de su género existente en la Capital.

Mi distinguido colega conoce ya el servicio de enfermedades de la piel y sífilis que dirijo en la Policlínica General de Río de Janeiro, fundada hace veinte años por nuestro deplorado maestro y amigo doctor Silva Araujo (padre) en 1882. Pues bien, en este servicio, perteneciente también a una institución fundada por iniciativa particular y sostenida por donativos diversos y por veces auxiliada por el Congreso Federal y el Concejo Municipal, dirijo un verdadero Dispensario gratuito contra la sífilis, en el cual ha-

jo la forma más práctica posible es encarado el trascendental problema. A más de un método riguroso y aplicado según el caso ocurrente desde el punto de vista terapéutico (basado en el empleo amplio del 606 y del 914), consejos impresos y en lenguaje sencillo y claro son sistemáticamente distribuídos, no solamente a las víctimas de la sífilis, sino también a los demás pacientes de otras enfermedades, que quedan así prevenidos contra las eventualidades del respectivo contagio.

En 1910 fué fundada en el Hospital de la Santa Casa de Misericordia, una enfermería para tratamiento de las enfermedades de la piel y sífilis de mujeres bajo mi dirección. En este servicio (siempre lleno), con un promedio diario de 80 pacientes, en su mayor parte sifilíticas, adopto el sistema más riguroso posible con relación al tratamiento de estas últimas, de acuerdo con las exigencias de cada caso, basado igualmente en el largo empleo del 606 y del 914 y del arsenobenzol y novarsenobenzol Billon, sin despreciar el viejo mercurio cuyo empleo continúo, intercalándolo a aquellos preparados.

En esta misma institución de caridad, a más de otra enfermería para hombres (servicio oficial de la clínica dermato-sifilográfica de la Facultad de Medicina), funcionan dos ambulatorios, con gran concurrencia (verdaderos dispensarios), en los que se hace igualmente la profilaxis de la sífilis. Uno de los ambulatorios está destinado a hombres y el otro a mujeres y niños, enteramente separados el uno del otro.

Otras instituciones poco a poco van fundando sus dispensarios en los cuales es asunto primordial la profilaxis de la sífilis. Entre ellos, se destaca el Ambulatorio Rivadavia Correa (profilaxis de enfermedades nerviosas y mentales) de la Asistencia a alienados y de la Cruz Roja, fundados en este año.

Al mismo tiempo que el Gobierno sancionaba el nuevo Reglamento del Departamento General de Salubridad Pública, creando en él ua sección especial para la profilaxis de la sífilis y de las afecciones venéreas, fué divulgada la resolución por parte de algunos capitalistas, que consiste en la edificación de un gran hospital especial para tal género de enfermos, merced a un legado testamentario instituído por un benemérito brasileño a ellos asociado e íntimamente ligado por lazos de vieja amistad.

De tal manera, que al lado de las medidas establecidas por el reglamento oficial, vamos a poseer en breve un hos-

pital modelo, sin cuya existencia difícilmente podría realizarse práctica y eficazmente el conjunto de aquéllas.

Ese reglamento en breve será realizado y no obstante que ninguna colaboración directa y oficialmente me haya cabido en su confección, no puedo dejar de apoyarlo, como lo tengo hecho, por la satisfacción de ver en él señaladas numerosas medidas que resumen gran parte de mi programa y la realización, en fin, del ideal por el que vengo combatiendo **desinteresadamente** desde cerca de treinta años, con la mayor tenacidad y no pequeño sacrificio.

Ocúrreseme informarle también que hace cerca de cuatro años nuestro Concejo Municipal votó, y el Prefecto de entonces sancionó, una ley por la cual éste quedó autorizado a proveer al Hospital de la Santa Casa de Misericordia de la suma de 50.000,000 (cincuenta contos de reis), para la instalación de un dispensario antivenéreo en esta benemérita institución de caridad, que, como usted lo sabe, es el mayor nosocomio del Brasil.

Este Dispensario sólo ahora será fundado bajo los auspicios del Departamento Nacional de Sanidad Pública y superintendencia del Inspector de afecciones venéreas, el señor profesor doctor Eduardo Rabello.

Como lo ve, mi distinguido colega y amigo, la profilaxis de la sífilis y de las enfermedades venéreas de esta vez y al fin, parece será oficialmente una realidad en Río de Janeiro y en todos los demás Estados de nuestra Federación.

Con respecto a estos últimos, justo es recordar aquí que aún antes de la sanción del reciente reglamento sanitario, fué organizado oficialmente en el de Paraná (ciudad de Curityba, su capital) por mi colega y amigo el doctor Sousa Araujo, un servicio completo de profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas, teniendo por base el régimen de la reglamentación de la prostitución y cuyos resultados, según su último experimento, han sido muy provechosos. A mi ver, este es el único servicio oficial en función regular, existente en los Estados.

En cuanto al Dispensario por mí fundado en la Liga contra la Tuberculosis, después de funcionar por algunos años con beneficios, tuvo que suprimirse por varias e irremediables dificultades, por grandes que fueran la buena voluntad y el esfuerzo de su Director.

Son estas, mi querido colega y distinguido amigo, las informaciones que puedo suministrarle en contestación a su gentil deseo.

Ruégole acepte los mejores saludos que con gran aprecio

le envía su colega y viejo amigo. — *Doctor Werneck Machado.*

La profilaxis de la sífilis. El futuro Hospital Gaffrée. Entrevista con el doctor Werneck Machado. — Cuando se trata de establecer la profilaxis de la sífilis, y de la creación de un hospital para "avariosos", natural es que al encontrarnos con el doctor Werneck Machado, el más antiguo de nuestros sifilógrafos y dermatologistas, campeón del combate a los males sociales en propaganda la más tenaz, procurásemos oirle sus impresiones sobre tan importante asunto.

Modesto y oscuro, díjonos, pero el más convencido propagandista—que de hecho he sido desde largos años— de la profilaxis de la sífilis, no es de sorprenderse que me sienta satisfecho, no sólo ante la resolución del Gobierno encarándola con firmeza y de ver el trascendental problema incluído ya en el vasto programa con que se acaba de remodelar nuestro servicio sanitario, en vísperas de ejecución, como también ante la noticia de la fundación de un hospital destinado exclusivamente al tratamiento de la avariosis y otras afecciones congéneres.

Restringiendo mis impresiones a esta última parte, que siempre constituyó una de las exigencias del programa que he sostenido, bastaría indicar uno de los trabajos por mí publicados "A prophylaxia da syphilis entre nós", contribución histórica en la cual dí noticia a la Sociedad brasilera de profilaxis sanitaria y moral, de las conferencias que, en carácter de su antiguo presidente y fundador, tuve con el Director de Sanidad Pública en 1908, el lamentado doctor Osvaldo Cruz.

Conocido como es por todos que me ha sido dado acompañar el desprendimiento, la ausencia completa y sincera de cualquier interés material con que siempre actué en esta larga y trabajosa cruzada, me sentí dispuesto a transmitir en una larga y cordial misiva, mis calurosos aplausos a los ilustres filántropos compatriotas, a los cuales va a deber nuestro país una de las más útiles e imprescindibles instituciones, legada por el patriotismo y los méritos de uno de sus más prestigiosos y clarividentes hijos, el lamentado señor Cándido Gaffrée.

En dicha carta, después de consideraciones generales relativas a este asunto y al pesar que siempre me causó la indiferencia de los dirigentes ante tan magno problema sanitario, concluí: "Vencido en mis ideas, pero no convencido

de la irrealización de ellas, resolví deponer las armas a la expectativa de que el tiempo y la marcha de los acontecimientos se encargasen de exigir aquello que mi cruzada no había logrado''.

Así resuelto, cerré ese ciclo de mis esfuerzos sobre tal materia, publicando en 1915 el trabajo a que me he referido, en el que encuéntrase comprendido todo cuanto se ha hecho entre nosotros hasta esa fecha.

En ese trabajo fueron mis últimas palabras los votos más sinceros para que la iniciativa entonces tomada por el Director de Sanidad Pública del momento, tuviesen los mejores éxitos, de manera ''a resultar al fin la inclusión de los nuevos reglamentos sanitarios y la necesaria ejecución de las reclamadas y demás señaladas providencias contra la mayor de las pestes sociales''.

Me es grato, pues, ver que esos mis votos están próximos a realizarse, merced a la inteligente orientación del actual Gobierno y de su competente auxiliar, a quien está confiado dirctamente todo cuanto se refiere a la protección sanitaria de la Capital de la República, el doctor Carlos Chagas.

Si así me expreso sobre el hecho en su generalidad, ¿cómo no manifestar el mayor regocijo viendo que para completar el armamento que siempre consideré indispensable al éxito de cualquier plan bosquejado con vistas a la profilaxis de la sífilis — el hospital especial — está resuelto su fundación bajo los mejores auspicios?

Nadie podrá negar la urgente necesidad de tal hospital. A más de atender la legión de los ''averiados'' indigentes de nuestra metrópoli, la única que para una población de más de un millón de almas sólo cuenta con la tradicional y benemérita Santa Casa de Misericordia, tan denunciada por no poseer espacio y no disponer de recursos para todos los pacientes de aquí y de los Estados — fatalmente se constituirá en un valiosísimo centro de estudios y divulgación de los conocimientos y preceptos correlativos.

Como el tradicional Hospital San Luis de París, al que llamé ''cuartel general'' de la dermato-sifilografía francesa, quizá universal, no sería extraño que auguremos para el ''Hospital Gaffrée'', guardadas las proporciones debidas, el futuro cuartel general de la dermato-sifilografía brasileña.

Los progresos vertiginosos de esta compleja especialidad en estos últimos tiempos, así como el interés que ella va despertando en nuestro medio, justifican las mejores previ-

siones en este sentido. Ningún auxilio le podrá ser superfluo, por la importancia de su conjunto y principalmente por el alto valor representativo en la parte relativa a la "avería" cuyo estudio — como afirmé en 1918 en la "Contribución para el estudio de la sífilis en Río de Janeiro"— tomado justificadamente ya por el principio de la afección, ya por los caracteres de sus manifestaciones con la dermatología, no por eso deja de relacionarse con otros departamentos, aun su casi totalidad, tal es el poder impregnador de su germen específico — el treponema pálido de Schaudinn — y consecuente acción deletérea. La convicción en tal sentido tanto se va imponiendo, que de ninguna exageración podrá ser acusado quien ha dicho ya que la patología interna en breve será un anexo de la sífilis, o lo afirmado por el doctor Balzer, respetado especialista del Hospital San Luis de París, Presidente de la Sociedad Francesa de Profilaxis Sanitaria y Moral y ex Presidente de la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía, cuando dijo que la **sífilis es la mitad de la patología, o por lo menos una cuarta parte de ella.**

Todo esto, por otra parte, concluyó el doctor Werneck Machado, constituye materia por demás conocida, robustecida por datos estadísticos, dentro y fuera de los círculos profesionales. Pero los asuntos de interés general, añadimos, esos asuntos que están ligados a las grandes campañas sociales, nunca son por demás ventilados, tan elevados y humanitarios son sus objetivos. — ("Jornal do Commercio", abril de 1920).

Dispensario da Gloria "Ubaldino do Amaral". — Este dispensario, fundado por el doctor Ubaldino do Amaral Fontoura, ya fallecido, fué el primero fundado en Río de Janeiro y se halla instalado y funcionando en la calle Bento Lisboa número 74, desde julio de 1919; su funcionamiento data de julio 5 de 1919, fecha en que fué inaugurado oficialmente, sin auxilio alguno del Gobierno Federal, contando solamente con la generosidad y buena voluntad de sus socios y donantes.

Este dispensario, fundado por la Asociación promotora de la infancia, tiene por fin — visando principalmente la profilaxis y la curación de la sífilis y de las enfermedades venéreas — proporcionar tratamiento gratuito a las personas que lo necesitan y que por falta de recursos pecuniarios no puedan conseguirlo.

El Dispensario da Gloria promueve la realización de to-

das las medidas de orden moral y sanitario suscitadas por la respectiva profilaxis, tales como conferencias públicas al alcance de cualquier inteligencia, distribución de consejos impresos, etc.

El servicio clínico de sífilis y enfermedades de la piel, funciona tres veces por semana, de 8 a 10 de la mañana, a cargo del doctor Werneck Machado, asistido por los doctores Guillermo Armando, José Torres y otros. Este servicio tuvo el siguiente movimiento en el último semestre de 1919, primero de su funcionamiento: enfermos nuevos matriculados, 46; movimiento general de enfermos, 96; consultas, 247; aplicaciones de 914, 54; otras inyecciones, 75; curaciones, 33; recetas, 173. Movimiento general, 717.

Fué el primer dispensario para tratamiento de la sífilis y de las enfermedades venéreas fundado en Río de Janeiro y el único que se halla funcionando.

Dispensario oficial. — El primer dispensario oficial creado por el nuevo Departamento General de Salud Pública ha sido inaugurado en Río de Janeiro, en enero 3 de 1921.

Todo esto, dice el ilustre doctor Werneck Machado, muestra al fin, que el palpitante problema de la sífilis y de las enfermedades venéreas en el Brasil, saliendo del período teórico, platónico, toma esta vez definitivamente el rumbo práctico, comenzando a ser una realidad merced a la comunión de ideas entre la iniciativa particular, a quien corresponde de hecho, la primacía en la fundación del primer dispensario para tal fin y el gobierno.

Alejado como me hallo del grupo que tomó a su cargo la organización oficial del nuevo servicio, por el que tanto tiempo vengo combatiendo, no puedo ocultar mi satisfacción, al ver en el programa a ejecutarse, mucho más de "lo poco" que yo exigiría "para comenzar". —*Dr. Werneck Machado.*

VI

Chile

Instituto Profiláctico de enfermedades de transcendencia social (1) — Establecido por la Municipalidad de San-

(1) En Chile se designan bajo este nombre las enfermedades venéreas.

tiago en los últimos tiempos, es Director del servicio el médico de ciudad, el doctor Julio Bustos A. (1)

Un dispensario funciona en la calle Gálvez 157, para hombres, y otro en la calle Almirante Barroso 820, para hombres, mujeres y niños. Disponen de un laboratorio que, durante el año 1920, ha efectuado 668 reacciones de Wassermann y 66 de exámenes de ultra-microscopia.

La estadística del año 1920 arroja los siguientes resultados: inyecciones mercuriales, 20,374; inyecciones de neosalvarsán, 1,725; enfermos de sífilis, 1,618; curaciones urológicas, 7,679; operaciones, 25; enfermos de blenorragia, 1,400; enfermos de sarna, 548; enfermedades varias, 50; recetas despachadas y obsequiadas, 2,854. El total de consultas en el año 1920 fué de 37,119.

Para la organización de este dispensario se ha tenido en cuenta la del Instituto Profiláctico de la Sífilis, establecido en París en 1915 por el doctor Vernes, como igualmente el del mismo nombre fundado en Montevideo el 23 de mayo de 1917, a cargo del doctor Juan A. Rodríguez.

Partiendo de la base de que la prostitución es la fuente inagotable de las enfermedades venéreo-sifilíticas, se ha consignado en el artículo 7.° del reglamento, la disposición de que los médicos del servicio debían indagar sistemáticamente en cada enfermo, datos respecto del origen de su contagio, a fin de que la Inspección Sanitaria de la Prostitución procediera a extirpar el foco denunciado. Así, pues, se ha anticipado al decreto de denuncia obligatoria que autoriza el Código Sanitario.

Mediante esta iniciativa puede decirse que el 97 o|o de los enfermos ignora cuál ha sido el foco de su contagio, y es lógico que así suceda, puesto que entre el momento de la exposición infectante y la aparición del chancro indurado, por ejemplo, media un espacio de tiempo de cerca de un mes y en ese período pueden verificarse varias exposiciones en focos "de primera vista", según la gráfica respuesta de los enfermos.

El doctor Bustos hace hincapié sobre este particular, porque la opinión pública y las autoridades están enérgicamente solicitadas por una liga abolicionista, que pretende reemplazar la inspección sanitaria de los focos de contagio.

---

(1) Memoria anual del Instituto profiláctico de enfermedades de trascendencia social, correspondiente al año 1920, presentada al primer alcalde de Santiago. Santiago, 1921.

por una ley de denuncia obligatoria de los enfermos, es decir, **en vez de extinguir los focos de contagio por la inspección sanitaria científicamente practicada** (por medio del **laboratorio** y la **hospitalización** consiguiente de las enfermas) **esperar que los contagios se produzcan** para que los **enfermos, al consultar al médico, sean denunciados** por éste al Director de Sanidad. **Consumado ya el mal**, el Directorio de Sanidad procedería a **pesquisar el foco de infección.** Por la experiencia recogida en miles de enfermos puede afirmarse que el medio no está preparado para este sistema y sólo podría aplicarse como complemento de otras medidas profilácticas que son fundamentales.

De los 3,018 enfermos de afecciones venéreo-sifilíticas que en el año 1920 concurrieron a los dispensarios sólo 82 sabían, más o menos, cuál era el foco que los había contagiado y que casi siempre había sido una casa reglamentada. Los 2,936 enfermos restantes no sabían quién los había contagiado, había sido una "niña de primera vista", que habían encontrado en la calle, según su gráfica expresión, es decir, una clandestina.

Conocía el foco de su contagio el 3 o|o. reglamentada.

No conocía el foco de su contagio el 97 o|o, clandestina.

Ahora bien: tomando en cuenta los enfermos que se presentaron en que recién se iniciaba la enfermedad, que fueron 1,316, el porcentaje de los que conocían el foco apenas sube a 6 o|o, contra 94 o|o que lo ignoraba.

El doctor Bustos establece esta comparación interesante. Los únicos servicios antivenéreos que han hecho labor efectiva han recibido un escaso presupuesto municipal y **ninguna ayuda fiscal.** En cambio, una sociedad particular (Liga de Higiene Social) ha recibido generosamente la ayuda municipal y fiscal. ¿Qué ha hecho la Liga de Higiene Social con tanto dinero recibido? No ha tratado un solo enfermo y, lo que es más grave todavía, ha gastado mucho dinero en un profiláctico, cuya ineficacia quedó demostrada hace cuatro años por los médicos sanitarios de los Ejércitos que actuaron en la gran guerra.

El senador Malaquías Concha, en sesión del Senado de enero 13 último, dijo: "En momento oportuno hice una indicación para autorizar el gasto de 100,000 pesos, a fin de establecer policlínicas para combatir las enfermedades sociales, en las distintas ciudades de la República, indicación que fué aceptada por el Senado y quedó incorporada a la

ley". Sin embargo, hasta hoy no se ha cumplido el propósito de dicho legislador.

El doctor Bustos termina su informe al alcalde solicitando la mejora de los locales en que funcionan los dispensarios, que son inadecuados por su vieja construcción, desaseo y estrechez (1). El incremento del número de ellos (ubicándolos en barrios como Ultra-Mapocho, Matadero, Estación Central, etc.) se impone por la enorme concurrencia que asiste a los actuales y en los cuales hay que rechazar enfermos cada día. Propone establecer una "estación profiláctica" en uno de los dispensarios, a fin de hacer el "tratamiento preventivo precoz" en la población civil, por medio de lavados antisépticos e inyecciones uretrales de protargol al 2 o|o, de argirol al 10 o|o, etc., después de una exposición sospechosa. Esto será tanto más fácil cuanto que muy pronto estará instalada la sala de curaciones urológicas provistas de bidets de cemento armado.

Además apoya el pedido formulado por el jefe de la Inspección Sanitaria de la Prostitución, doctor Landa, en orden a que el examen de las meretrices se haga sistemáticamente en cada reconocimiento médico, sobre la base del laboratorio y con la hospitalización consiguiente de las enfermas. Mientras dure la hospitalización deberá enseñárseles profesiones propias del sexo. (Reformatorio anexo). (2).

Liga Chilena de Higiene Social. — La Liga Chilena de Higiene Social tiene por objeto precaver, combatir y vencer las enfermedades sociales y todos los demás factores que degeneran y destruyen los gérmenes de la vida, por medio de la organización de todas las fuerzas educacionales, morales, religiosas, cívicas y económicas, en una institución nacional de defensa de nuestra raza, con ramificaciones en todas las provincias de la República.

La Liga afirma que el problema nacional que suscita la defensa de la raza contra la enorme difusión de las enfermedades sociales y demás factores de su degeneración y

(1) Igual observación cabría con los dispensarios antivenéreos que funcionan en Buenos Aires, no obstante haber sido establecidos recién en 1920.

(2) El Gobierno Chileno ha comisionado a cinco jóvenes profesionales para que se trasladen a Europa y Estados Unidos de América, a fin de estudiar la forma como implantar la lucha contra las enfermedades venéreas.

destrucción, es uno de los más complejos, por la multiplicidad y gravedad de sus causas, por lo cual es necesario tomarlos todos en cuenta para su completa y debida solución, aprovechando todas las energías nacionales para evitar la acción de estos factores y prevenir y curar dichas enfermedades.

Falta de profilaxis y de defensa sanitaria organizada contra las enfermedades de transcendencia social (1).

Considerando:

1) Que en Chile no existe una organización científica destinada a combatir estas plagas, cuyos estragos amenazan de muerte a nuestra raza, porque se puede estimar su morbilidad en un 60 o|o entre los hombres; de un 80 o|o en las enfermedades internas e inflamatorias de la mujer, que producen a su vez el 50 o|o de la esterilidad de las mismas; de un 50 o|o de las inflamaciones de la vista de los recién nacidos, que producen el 25 o|o de las cegueras.

2) Que la mortalidad de los niños sifilíticos llega al 80 o|o, causando además la degeneración del 20 o|o restante, la que puede alcanzar hasta la tercera generación.

3) Que su gravedad proviene también de los sitios de mayor frecuencia de la sífilis en el hombre, que son: el corazón, la aorta, y los órganos encargados de la elaboración de la vida, y que esta enfermedad causa también casi todas las enfermedades del sistema nervioso.

4) Que la gonorrea es la enfermedad más esparcida sobre la faz de la tierra, que su difusión en Chile es enorme, lo mismo que la sífilis, y que la primera es la que con mayor frecuencia priva al hombre de la plenitud de su trabajo activo.

5) Que la difusión de estas afecciones no se limita a los solteros, sino que corroe el hogar de todas las condiciones sociales, recorriendo su contagio desde las más pobres hacia las más acomodadas y viceversa, pues el informe de profilaxis y sanidad demuestra que el 40 o|o de las mujeres sifilíticas que practican la curación privada, adquieren el mal transmitido por sus maridos.

6) Que la sífilis y la gonorrea "son el gran factor del suicidio de la raza y de la mortalidad infantil". Los estudios hechos en Inglaterra demuestran, en efecto, que ese

(1) En Chile se designan así las enfermedades venéreas.

país pierde 658,952 niños, de los cuales mueren antes del nacimiento 138,249, mientras que en el primer año fallecen sólo 92,166, de las cuales las tres cuartas partes mueren en el primer trimestre por las mismas causas de las primeras, estimándose la reducción artificial de la natalidad en 467,837.

La Liga ha declarado que la solución de este aspecto sanitario del problema se realiza por los siguientes medios:

1) Por la profilaxis familiar con el establecimiento del certificado de sanidad pre-matrimonial.

2) Por la profilaxis personal obligatoria para todos los individuos del Ejército, Marina, policía y demás internados bajo la vigilancia del Estado, siempre que se vean expuestos al contagio, por medio de la cooperación mutua, de los médicos y de las autoridades. Además, se establecerán las más severas sanciones para los que adquieren estas enfermedades por no haber practicado la profilaxis necesaria, y la más activa propaganda de este deber en el público. Todo joven y todo adulto debe comprender, ante todo, que es dueño de dominar sus pasiones, o que puede conseguirlo y que, si se entrega a relaciones sexuales, fuera del matrimonio, contrae la obligación de disminuir los efectos de su falta por respeto a sí mismo y a los demás, y de siquiera tratar de borrar la impureza de la contaminación, practicando la profilaxis necesaria inmediatamente después de exponerse al contagio.

3) Por la profilaxis, por el diagnóstico y por el tratamiento precoz, gratuitos para los indigentes y poco onerosos para los demás, estableciendo dispensarios en toda la República para facilitar por todos los medios posibles el diagnóstico y el tratamiento del mayor número de pacientes, dando facilidades en el día, en la noche y en los días festivos.

4) Por el establecimiento de salas especiales en los hospitales generales y hospitales especiales en las grandes ciudades, evitando en ellas toda designación específica de estas enfermedades y todo aquello que pueda retraer al público en demanda de estos servicios, "destinados expresamente a curar estas afecciones y a obtener el tratamiento y esterilización del mayor número de enfermos".

5) Por la declaración obligatoria de todas las enfermedades infecciosas y, especialmente, de las afecciones sociales, señalando, explícitamente, la fuente del contagio a la autoridad sanitaria que, guardando el debido secreto, deberá tomar todas las medidas profilácticas necesarias, con

el derecho de recluir en hospitales a los pacientes que no completan su curación, a juicio del médico que los asiste, y previo control de esta misma autoridad.

6) Por que en el próximo Código Sanitario se establezca, junto con una autoridad impersonal y responsable, con un Consejo Consultivo de técnicos preparados y debidamente rentados, un Departamento Especial encargado de la profilaxis de las enfermedades sociales y otro del alcoholismo, concediendo a esta autoridad amplias facultades y sancionando la contaminación de ambos sexos. Además, se encargará la misma autoridad de castigar severamente a los curanderos que se encarguen de atender las enfermedades sociales y a los diarios que publiquen avisos sobre toda clase de remedios referentes a la impotencia y esterilidad, a las dolencias o enfermedades sexuales, declarándose, además, que tales publicaciones son delitos comunes y no abusos contra la libertad de imprenta. Trabajar por que en el Código Sanitario se consulten también disposiciones que sólo permitan a los farmacéuticos titulados el establecer farmacias, reglamentando el precio de las recetas para evitar los abusos actuales y facilitar así la curación de las enfermedades sociales.

7) Por la dotación de todos los medios necesarios a las clínicas y dispensarios de estas enfermedades, y por la consulta de los fondos necesarios en el presupuesto del Estado y de los municipios, para la adquisición de medicamentos y útiles destinados a la curación gratuita de los indigentes y casi gratuita para el público en general.

8) Por el establecimiento de la obligación, para todos los médicos, dentistas, matronas y enfermeras, del estudio de la moral y de las enfermedades sociales y de sus factores causales.

9) Por una contribución adicional, de un cuarto por mil, sobre la de haberes para combatir estas enfermedades, además de imponer a los municipios la obligación de contribuir con el 10 o|o de sus entradas anuales, al mejoramiento de la higiene pública, en la forma que lo disponga el Presidente de la República, porque se puede estimar, a lo menos, en 100,000 personas las que requieren tratamiento y como mínimum en 200,000 las afectadas de enfermedades sociales.

La prostitución en Chile. — La prostitución causa más del 80 o|o de los casos de gonorrea en el hombre, y más del 90 o|o de esta misma enfermedad en la mujer es causado por el hombre, y por consiguiente el problema es bisexual. Su

cuantía puede apreciarse en Chile en 18,000 mujeres cuya vida media profesional se estima en cinco años y pueden calcularse en 180,000 los hombres que recurren a ellas.

En Santiago había inscriptas en 1917, 178 casas de tolerancia con 313 prostitutas, existiendo sólo once aisladas, y, en esa época, se apreciaba en 500 la cifra efectiva del enorme número de casas de tolerancia.

El régimen de prostitución es defectuoso e incompleto. El examen de las mujeres no se hace sistemáticamente sobre la base del laboratorio, ni tampoco se hospitaliza a las enfermas, a pesar de las disposiciones de la ley N.° 3384 de mayo 22 de 1918, que dice:

Artículo único. — El Presidente de la República dictará los reglamentos necesarios para establecer con el personal creado por el Código Sanitario, el servicio de reconocimiento médico de las personas entregadas a la prostitución y de la atención profesional de las mismas en los establecimientos destinados a la curación de sus enfermedades.

En las ciudades en que exista este servicio establecido por las Municipalidades, los Inspectores Sanitarios ejercerán sobre él la supervigilancia.

Las personas sometidas a esta inspección, cuando sean declaradas infectadas, deberán asistirse mientras ofrezcan peligro de contagio, hasta su restablecimiento, en los hospitales o salas destinadas al efecto, bajo pena de sesenta días de prisión y sin perjuicio de la asistencia médica establecida en el inciso 1.° — **J. L. Sanfuentes. — Arturo Alessandri.**

Esta ley hasta hoy no ha podido ser aplicada por falta de local en donde hospitalizar a las enfermas.

Aunque entre nosotros también, dice el doctor Bustos, como en otros países, existe una sociedad poderosa, la "Liga de Higiene Social", que es abolicionista y creemos no llegará a imponer su doctrina porque, siendo la prostitución un cáncer social inextirpable, sería absurdo proceder en esta forma.

El Secretario de la Liga de Higiene Social planteó el problema de la abolición en la Sociedad Médica de Santiago en noviembre de 1920, sobre bases idealistas. Los doctores Landa, Ostornol, Malbrán y Bustos tuvieron oportunidad de exponer los métodos que convenían a Chile y plantearon la cuestión en el verdadero terreno.

Así, en sesión de noviembre 12, el médico sanitario del Ejército, doctor Ostornol, con motivo del debate aludido, dijo: "quiero hablar sin idealismo y en el terreno de los

hechos, porque nuestro pueblo no está acostumbrado a la castidad. La situación producida en el Norte, con motivo de la movilización, se hacía difícil. Los médicos militares establecieron la prostitución reglamentada anexa al Ejército (como habían procedido los japoneses e italianos, etc.) en locales apropiados, bajo la inspección de la autoridad sanitaria militar y accesible solamente a los militares. La exposición era seguida del tratamiento preventivo precoz.

El Secretario de la Liga mencionada sostuvo que la reglamentación es la organización comercializada del vicio, lo que constituye un concepto erróneo. Ese comercio es fruto de la situación injusta en que las leyes chilenas han colocado a la mujer, a la que no se educa para ganarse la vida, hay falta de trabajo para ella y retribución mezquina para su labor. Todo esto sin tener en cuenta la falta de respeto que en Chile se tiene para la mujer.

Por otra parte, ocurre hoy día un hecho singular. Mientras Westermarck en su libro "History of human mariage" dice que el vestido ha producido el sentimiento del pudor, se ve hoy en la sociedad chilena modas en que las vírgenes más castas se presentan en público exhibiendo los encantos de su cuerpo.

Pensar en conjurar el peligro venéreo por medio de la abolición de la prostitución y de su reemplazo por la denuncia obligatoria, es puro idealismo dentro de la educación y de los hábitos de promiscuidad del pueblo chileno. Se iría así al fracaso más colosal.

Educación moral y sexual. — La Liga chilena se propone intensificar la educación moral de la juventud, completada con una educación sexual adaptable a la edad de los niños y de las niñas, para prevenir la corrupción de las costumbres y la difusión de las enfermedades de transcendencia social. Esta misma necesidad se hace sentir entre los adultos, padres de familia y educadores.

Esta enseñanza debe informarse en la idea de que la continencia y la castidad, son perfectamente compatibles con las leyes fisiológicas y morales. Como lo afirma Neisser, no solamente no son peligrosas, sino que estas virtudes deben también ser especialmente recomendadas desde un punto de vista médico e higiénico.

Para resolver el problema pueden aplicarse los siguientes medios:

1) Combatir la teoría de la necesidad, propagando la ética sexual que consiste en el dominio de las pasiones; en la

idealización del matrimonio, de la paternidad y en el cultivo de la pureza de las costumbres, de modo que la prevención de los vicios y de las enfermedades sociales, que son su consecuencia, informen el sistema de educación nacional.

2) Trabajar por que cumplan con este sagrado deber, ante todo, los padres de familia, y, secundariamente, los educadores.

3) Implantar el estudio de la ética biológica y sexual, que será impartida, en cuanto sea posible, en forma individual y practicada con el cuidado y prudencia necesarios, de tal modo que los profesores tomen en cuenta la edad, sexo y mentalidad del niño.

4) Extender hasta los adultos y, especialmente, hasta los padres y madres de familia, el conocimiento de la educación sexual, por medio de conferencias, folletos, películas, y por el establecimiento de un Museo de Higiene Social adecuado al objeto.

5) Establecer un concurso para una serie de libros graduados y adaptados a los dos sexos de niños y jóvenes, y otra serie adaptada igualmente a los dos sexos de adultos, de educadores y de padres de familia; series ambas destinadas a prevenir y a manifestar, sobre todo, sus funestas consecuencias, entre las cuales sobresalen las enfermedades sociales.

6) Preparar a los alumnos del Instituto Pedagógico, del Instituto Superior de Educación Física y de las Escuelas Normales, en esta misma educación.

7) Introducir en el régimen de los internados, las reformas necesarias a fin de convertirlos en hogares continuadores de la vida de familia, e infundirles un espíritu de elevada y eficiente cultura moral.

8) Reformar el sistema de disciplina escolar, de tal modo que dé al alumno plena confianza para considerar al educador como a un consejero y amigo, a quien pueda interrogar sobre los problemas de la vida.

9) Trabajar para que la educación física dé satisfacción completa a la actividad de la infancia y de la juventud, como uno de los mejores medios de evitar la precocidad sexual y de salvaguardar la pureza del niño, a quien se impondrían los juegos y ejercicios durante el tiempo necesario a este objeto, mediante la adaptación y reforma convenientes de los programas de estudio. Es esencial, para que el joven pueda dominar sus impulsos sexuales, el proscribir, en absoluto, las bebidas alcohólicas y demás estimu-

lantes; dirigir la alimentación en el sentido de facilitar la conducta moral del niño, combatiendo la gula y procurando la mayor moderación en el uso de la carne y demás alimentos excitantes, de acuerdo con los dictados de la ciencia, dotar de baños a los establecimientos de educación y multiplicar los baños públicos en las ciudades.

El movimiento pro patria y hogar. — El 4 de diciembre de 1920 se realizó en el Teatro Municipal de Santiago de Chile una fiesta organizada por la Liga Chilena de Higiene Social para propiciar el movimiento Pro patria y hogar y la colecta Pro raza que se efectuó al día siguiente.

En el proscenio tomaron colocación el Presidente electo, el Presidente del Departamento de Extensión Universitaria, el doctor Eduardo Moore, profesor de la Facultad de Medicina, varias damas de la Cruz Roja de Chile, miembros del Comité Organizador de la velada y distinguidas personas del mundo social y político.

El primer discurso fué el del Presidente del Departamento de Extensión Universitaria. En seguida hizo uso de la palabra el Presidente electo, don Arturo Alessandri, que pronunció una brillante improvisación, llena de fuego y vigor, en la que expuso sus ideas acerca del problema social motivo de la reunión. Dijo que entre los problemas más importantes, cuya solución pende en Chile, figura en primer lugar el del alcoholismo, cuya solución debe buscarse tratando de no perjudicar a los que tienen capitales invertidos en la industria del alcohol, amparada y orgullo del país.

Del notable discurso del doctor Eduardo Moore, profesor de la Facultad de Medicina, una de las personas más capacitadas en Chile para tratar de este asunto, extracto los pasajes más importantes:

Nada hay, en efecto, hoy día, que merezca una preocupación más intensa para los estadistas, para los médicos y para la sociedad entera, que el problema de evitar y curar a los individuos, de un peligro que ataca al cerebro de los portadores y que degenera la raza, a punto de hacerla desaparecer. El 75 o|o de nuestra población marítima tiene envenenada su sangre, y entre el alcoholismo y el flagelo rojo, atacan su vitalidad en tal forma, que en algunas provincias del Norte la segunda generación de esos obreros desaparece. El Almirantazgo inglés había dado instrucciones terminantes de vigilar sus tripulaciones en los puertos de Valparaíso y Coquimbo, así como en las costas de Egipto y de

China, porque en estos lugares abundaban en forma nunca vista las enfermedades sociales y pululaban libremente los focos vivientes de ambos sexos, que los repartían. La inmensa mayoría de las enfermedades del cerebro y del corazón, más del 60 por ciento de las afecciones de la vista, casi todas las cegueras (no traumáticas), el 90 por ciento de las enfermedades peculiares al bello sexo, la esterilidad y la inmensa mayoría de las degeneraciones son producidas por las enfermedades de trascendencia social.

La acción social ha sido desempeñada con tino, con tesón y con brillo, por la Liga Chilena de Higiene Social, que ya ha hecho su declaración de principios, que se ha valido de los mejores elementos sociales, que ha sabido interesar al público, que ha conseguido formarse un código científico, condensando las mejores ideas dominantes en el mundo, con altura, con gran fe y resolución. Lleva intenciones formales, de influir vivamente en la confección de las leyes que se necesitan en esta campaña, ayudando así al Estado, y va en camino de poner en práctica las medidas de profilaxis, es decir, de prevención.

Se impone la creación de un Ministerio de Sanidad Pública. Existen Direcciones de Correos, de Obras Públicas, y es doloroso declarar que no existe una Dirección de Salud Pública. Este Ministerio tendría bajo su dirección: hospitales, dispensarios, farmacias, laboratorios, clínicas, el Instituto de Higiene, la Dirección de Sanidad, de quien dependería la Oficina de Salubridad, encargada exclusivamente de las enfermedades de trascendencia social; la enseñanza médica; el saneamiento de las poblaciones, alcantarillado y agua potable.

Ese Ministerio, por intermedio de la Oficina de Salubridad, confeccionaría los proyectos de ley, que entre otras materias tratarían las siguientes:

1.º Protección de las niñas desvalidas. Hay que contemplar que la miseria, el alcoholismo, los engaños y seducciones, la ocupación de las niñas en bares, cantinas y en lugares de apariencia inocente, son los factores para esclavizar; que la impunidad de los seductores es mirada con indiferencia; que en los establecimientos de instrucción no se enseña ni moral práctica que eleve al individuo y lo prepare para la defensa, ni la higiene social que enseña, ni la educación que da el respeto co-sexual.

2.º Disposiciones para reformar, regenerar y dar ocupación a la que se levante de las garras de la esclavitud blanca, en forma liberal y cristiana.

3.º Responsabilidad del causante del mal.

4.º Control sobre todas las municipalidades en lo referente a las disposiciones sobre focos vivos.

5.º Ley contra el emigrante enfermo, devolviéndolo al país de origen.

6.º Hospitalización obligatoria, y mientras dure el peligro del contagio, extensiva a todo enfermo de hospital, de dispensario, de clínicas privadas, y a todo enfermo de cualquier repartición del Estado o de los municipios.

7.º Tratamiento obligatorio y gratuito a todos los afectados por los males sociales.

8.º Obligación del padre de reconocer a su hijo, cualquiera que sea la condición de éste.

9.º Obligación de certificar buena salud a todos los candidatos a contraer matrimonio.

10. Establecimiento en el país de laboratorios gratuitos para todo el mundo.

11. Enseñanza de la higiene social en todos los establecimientos de instrucción, con el tino necesario y adaptada a la edad y al sexo. Enseñanza obligatoria sobre Higiene social, sobre Patología especial y terapéutica, en lo que se refiere a las enfermedades de trascendencia social, a dentistas, farmacéuticos, matronas y enfermeras. Mayor extensión en los conocimientos de las enfermedades sociales en las Universidades, a fin de especializar a todos los médicos en estos conocimientos.

12. Declarar crimen la publicación de tratamientos y medicinas no autorizadas por el Consejo Superior de Higiene. Medidas muy severas contra el charlatanismo.

13. Creación de la Oficina de Salubridad Pública, dependiente de la Dirección de Sanidad que ha creado el Código Sanitario. Esta oficina tendría autorización para disponer de salas en los hospitales generales o particulares en proporción de una cama para cada 2.000 habitantes, en toda la República, con tratamiento gratuito, y recluídos durante el tiempo del contagio. Es de gran interés que los hospitales y dispensarios no tengan títulos que puedan avergonzar a los enfermos; podría crearse un dispensario por cada 50 enfermos de enfermedades sociales, en todo el país, y con tratamiento gratuito, separando los dispensarios destinados a hombres de los destinados exclusivamente a las mujeres, y siendo servidos estos últimos por doctoras y enfermeras, en cuanto ello fuese posible. Especialmente se tratarían las madres y sus heredo-enfermos, llevando el tratamiento a domicilio cuando fuere necesario. No hay que olvidar que

para obtener la curación de la plaga roja se requiere aplicar un tratamiento intensivo, pertinaz, y una vigilancia al enfermo durante tres o cuatro años.

14. Leyes y medidas protectoras sociales entre los individuos.

15. Establecer contribución fiscal especial, destinada al tratamiento de las afecciones de que nos ocupamos.

16. Declaración obligatoria del número de enfermos que atienda cada médico de los afectados de alguno de los males sociales, especificando todo detalle que sirva a prevenir, a descubrir los focos de contagio, a atacar las epidemias y mejor curar al enfermo. Se comprende que debe observarse el secreto profesional sobre toda consideración, porque las leyes morales priman sobre las civiles, y al guardar el honor de la familia se protege la colectividad.

17. Las sociedades, las clínicas y hospitales que traten males sociales, estarán bajo el control del Estado.

18. Los servicios médicos de los repartimientos del Estado y de las municipalidades dependerán de la Oficina de Salubridad en lo que se refiere a enfermedades sociales.

En la prevención o profilaxis contra las enfermedades de trascendencia social, el primer factor para atacar estos males es la instrucción, que permite llevar las luces hasta el último hogar, y permite que se comprendan los folletos, carteles, conferencias y cintas cinematográficas destinadas a la enseñanza. La escuela debe ser el centro de propaganda en bien de la raza.

La segunda medida eficaz de prevención es el tratamiento de las enfermedades sociales lo más temprano posible, precozmente, desde el momento mismo en que se descubren los males.

La tercera medida profiláctica es la guerra seca, dura, imperturbable contra el alcoholismo.

La cuarta medida es la defensa de la mujer desvalida y la regeneración de la esclava blanca.

La quinta es hacer accesible las medicinas que sirven para la profilaxis y para el tratamiento de las enfermedades sociales, para todas las categorías de la población y para todo el que la solicite.

VII

Paraguay (1)

Asunción, marzo 18 de 1918.

Señor Director de la Asistencia Pública Nacional y Beneficencia Social, doctor Andrés Barbero.

Como resultado de la entrevista que he tenido con V. S. hace unos días, me es honroso elevar hoy a la consideración de esa Dirección, el proyecto de creación de un Instituto de Salubridad para el tratamiento y profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas y de las vías urinarias, que denominaré Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.

Bordar consideraciones sobre la utilidad y el beneficio que podría reportar para la gente pobre la creación de este importante anexo a la Asistencia Pública, sería superfluo, visto el desarrollo alarmante en nuestro país de las enfermedades venéreo-sifilíticas y la orfandad lastimosa de que gozan de parte de la beneficencia nacional los averiados de estas afecciones.

Solamente por los casos que se ven pasar por los consultorios privados y los de consultorios externos de reciente creación en el Hospital Militar Central, ya se puede dar una idea general de los casos, no solamente adquiridos en la edad adulta, sino el incremento aún mucho mayor de la sífilis hereditaria.

Juntamente con la anquilostomiasis, la buba y el bocio, creo, sin temor de equivocarme, que la avariosis completa en cuarto término, las cuatro terribles plagas que agobian nuestra raza.

Los países más adelantados del viejo continente han hecho y siguen haciendo aún bastante por el tratamiento y la profilaxis de la avariosis, y por no hablar más que de una de ellas, de la Francia, en donde en mi corta estada, tanto en hospitales civiles como militares, he seguido paso a paso por mis estudios de predilección, todo lo que se hace para combatir y contrarrestar los progresos del terrible mal, mi modesta opinión se ha formado para ayudar en algo y comenzar cuanto antes, la cruzada en nuestro propio país.

---

(1) Informaciones debidas a mi distinguido amigo el doctor Andrés Barbero, ex director del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

También los países sudamericanos empiezan a preocuparse seriamente del asunto, y para citar nada más que uno de ellos, por referencias personales, me consta que en la ciudad de Montevideo, hace meses, acaban de habilitarse cuatro dispensarios modelos, al igual de los que he visto en París; organizados y fundados por uno de los colegas uruguayos que juntamente con el suscripto, hacían aprendizaje en uno de los institutos modelos de dicha ciudad.

Me refiero al Instituto Profiláctico de la ciudad de París, donde se practica el tratamiento ambulatorio con los grandes progresos de la sifilografía moderna: reacción Wassermann, punción lumbar, ultramicroscopia y tratamiento arsenical (606 y 914).

Hace más de seis años, se fundó en París, anexo al hospital Broca, por el ilustre profesor de sifilografía doctor Jeanselme, el primer dispensario, modelo de su género, siendo seguido después de muy poco tiempo y a iniciativa privada del Gobierno, por la apertura de otros tres en diferentes barrios.

No está en mi mente que de golpe se instalen institutos similares por las condiciones económicas un poco precarias en que nos encontramos, pero ya se puede echar las bases, para abordar desde ahora el tratamiento del mal, con la creación de un dispensario modesto, que nuestra buena voluntad y patriotismo harán progresar.

Creo, en primer término, indispensable la creación de un pequeño laboratorio para la reacción de Wassermann, punción raquídea y ultramicroscopia. La sífilis ya no se trata actualmente por su sintomatología clínica únicamente; el diagnóstico precoz por la ultramicroscopia y el serológico por la reacción Wassermann, se imponen por los progresos de la ciencia, no solamente como medio de diagnóstico, sino de control y tratamiento. La misma preeminencia ocupa la punción lumbar para el diagnóstico y tratamiento precoz de la sífilis nerviosa.

El tratamiento arsenical por el 606 y 914 completarán nuestra instalación. Es indiscutible su acción terapéutica maravillosa, sobre todo en el tratamiento ambulatorio, que es lo que se hará, no solamente como curativo eficaz, sino como acción cicatrizante rápida (blanqueo de la sífilis).

Se completará este instituto con una sección anexa para el tratamiento de enfermedades venéreas, especialmente génito-urinarias (blenorragia y sus complicaciones).

El dispensario debe funcionar especialmente en las horas

de la noche, para comodidad de la gente pobre, con horas especiales habilitadas en el día para aplicaciones de 914, recolección de sangre para Wassermann, punción lumbar, etc., etc.

El horario podría establecerse en esta forma:

Lunes, de 8 a 10 p. m. — Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instilaciones, dilataciones, masajes de la próstata, etc., etc.

Martes, de 7 a 10 a. m. — Examen ultramicroscópico. Inyecciones de sales insolubles (aceite gris y calomel). Inyecciones de sales solubles.

Miércoles, de 8 a 10 p. m. — Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instilaciones, dilataciones, masajes de la próstata, etc., etc.

Jueves, de 7 a 10 a. m. — Recolección de sangre para Wassermann, uretroscopía, citoscopía, inyecciones.

Viernes, de 8 a 10 p. m. — Inspección de enfermos en el consultorio. Tratamiento de uretritis aguda y crónica y sus complicaciones; grandes lavajes, instilaciones, dilataciones, masajes de la próstata, etc., etc.

Sábado, de 7 a 10 a. m. — Aplicaciones de sales arsenicales (606 y 914). Reacción de Wassermann, inyecciones de sales solubles.

Deben llevarse las historias clínicas de todos los enfermos del consultorio en los formularios que tengo el honor de adjuntar a V. S. y que están en uso en el consultorio sifilográfico del Hospital Militar. Anotaciones clínicas sobre la intolerancia, accidentes, dosis de la medicación arsenical, hasta completar la serie de la misma y en los días en que deberán presentarse para la extracción de sangre y punción lumbar.

En la sala de curaciones del mismo consultorio externo se dispondrá de cuatro camas para hospitalizar al mínimum por 48 horas a los puncionados del raquis, que no podrían en ningún caso levantarse inmediatamente después de la intervención y entrar en sus respectivos domicilios.

Hasta tanto se pueda instalar el laboratorio, tendré el honor de presentar a V. S. tan pronto se resuelva la instalación del consultorio, así como el reglamento interno que deba regir en el citado servicio.

Con este motivo, me es grato saludar a V. S. muy atentamente. — *Dr. Víctor Idoyaga.*

Asunción, julio 18 de 1919.

Considerados los términos que anteceden del presente escrito y dada la urgente necesidad de intervenir el Departamento Nacional de Higiene en la lucha contra la avariosis, se resuelve designar al doctor Idoyaga como Director fundador del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, poniéndose en sus manos todos los elementos necesarios para el funcionamiento de la institución. — *Dr. Andrés Barbero.*

Con fecha julio 18 de 1919, el Departamento comunicó al doctor Idoyaga que, habiéndose recibido gran parte del material necesario para instalación y apertura del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis, por él propuesto, deseaba que fuera inaugurado el 1.º de agosto del mismo el Servicio nocturno. Aceptaba igualmente y agradecía el ofrecimiento de su cooperación gratuita, nombrándole Director de la obra humanitaria por él fundada.

La siguiente nota da cuenta del funcionamiento del instituto durante el año 1920:

Asunción, enero 24 de 1921.

Señor Director General del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

Tengo el honor de elevar a S. S. la memoria anual correspondiente al año 1920 de la sección del Departamento que funciona en carácter de Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis.

En el segundo año de su apertura, su movimiento se ha intensificado por la circunstancia de habérsele incorporado el Dispensario de Salubridad, que dependía antes de ahora de la Municipalidad de la Capital, y, por otra parte, por los beneficios cada día más conocidos que dispensa a la clase de enfermos que acuden a sus consultorios.

Con la incorporación del doctor Rogelio Alvarez Bruguez, como Subdirector, de un inspector y de los servicios que prestan los estudiantes de la Facultad de Medicina en el Instituto, el recargo de trabajo por exceso de enfermos se ha aligerado un tanto; pues, como la Dirección debe estar al corriente, los consultorios funcionan actualmente todos los días de la semana, en la forma siguiente:

Lunes, de 8 a 9 p. m. — Inspección y tratamiento de enfermos.

Martes, de 10 y 1|2 a 12 p. m. — Inspección y tratamiento de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas.

Miércoles, de 8 a 9 p. m. — Inspección y tratamiento de enfermos.

Jueves, de 10 y 1|2 a 12 m. — Inspección y tratamiento de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas.

Viernes, de 8 a 9 a. m. — Aplicación de 914; reacción de Wassermann de la sangre, punción lumbar; etc., etc.

Sábado, de 9 a 11 a. m. — Visitas domiciliarias de inspección de las casas de prostitución reglamentadas.

Como se nota, el servicio se ha duplicado. En el año pasado no funcionaba sino tres días de la semana y aún con la aplicación de los horarios que rigen actualmente, se deja de atender y tratar a los enfermos por falta material de tiempo. Así, por ejemplo, la cura y el tratamiento de los enfermos que padecen de **uretritis gonocóccica** (aguda y crónica), con todas sus complicaciones, no se puede practicar en la debida forma, pues sería necesario habilitar todas las horas de la mañana (martes, jueves y sábados) para hacer un tratamiento mucho más eficaz. Todo esto porque es el único consultorio externo que funciona en la Capital para esta clase de enfermos. Lo propio debe decirse de la cura y tratamiento de la **vulvo-vaginitis y metritis blenorrágica** de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas.

Creemos, sin embargo, que con la apertura en el año próximo venidero, del quinto año de la Facultad de Medicina, en donde figura la asignatura "Sífilis y enfermedades de la piel" y la habilitación de la sección hospitalización, esta última ya solicitada por el suscripto, se podría transformar el Instituto Profiláctico en una verdadera Clínica de dermato-sifilografía y el tratamiento de los citados enfermos podría practicarse de la manera más eficiente posible.

Como simple opinión del suscripto, y con el objeto de beneficiar al mayor número de enfermos posible, y teniendo en cuenta la ubicación algo lejana del local que ocupa el instituto, el cual se halla en un extremo de la ciudad, se podría aprovechar la instalación ya existente de la Zona sanitaria (lucha contra la anquilostomiasis), para instalar un consultorio anexo de venéreo-sífilis, a cargo del médico de zona, doctor Antonio D'Atri, especialista distinguido de es-

tas afecciones, con el concurso de dos estudiantes de medicina (cuarto año).

Con el objeto de facilitar y distribuir el trabajo, se ha encargado al médico subjefe de la sección Ginecología (tratamiento, inspección, visitas domiciliarias, etc., de las pupilas de las casas de prostitución reglamentadas), consultorio de día; y el suscripto se ha encargado de la sección venéreo-sífilis (sección hombres en los consultorios de noche). Los estudiantes de medicina concurren indistintamente a los consultorios de las dos secciones.

En el transcurso del año en curso, va a regularizarse igualmente la sección estadística, historias clínicas de los enfermos, libro de inscripción de las pupilas, correspondencias de la Dirección, inventario general del Instituto, etc., de manera de servir esta sección de verdadera fuente de información para todos los informes que se soliciten en este carácter de la Dirección General del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

Se ha iniciado un ensayo de campaña contra la prostitución clandestina, pero ha tenido que abandonarse temporalmente, hasta que la Dirección del Departamento habilite una sección de hospitalización, anexa al Instituto o a los servicios de clínica del Hospital Nacional. Por la misma razón el control y la cura de las pupilas de las casas reglamentadas, no se practican como debiera hacerse, pues, en las libretas de las mismas, donde se anota la designación de enferma, por ejemplo, están obligadas a volver a asilarse en las casas de donde provienen y en donde ellas ejercen, obligadas a trabajar, ya sea por voluntad propia o contrariadas por los gerentes de las respectivas casas. Es, pues, urgente e impostergable seguir la lucha antivenérea reglamentada, sino aún más que la clandestina, que parece mucho más peligrosa y extendida de lo que se podría suponer.

El suscripto ha elevado a la Dirección el plan de la referida campaña, que debe hacerse de acuerdo y con la ayuda de la Jefatura de Policía de la Capital.

En la memoria del año próximo pasado, se había hecho notar la frecuencia de las manifestaciones más comunes observadas en el rubro de afecciones venéreo-sifilíticas. Hoy, por vía de ampliación, debo agregar la frecuencia extrema de las manifestaciones heredo-sifilíticas de la edad adulta, como he tenido oportunidad de demostrarlo en una conferencia pública leída bajo el patrocinio del Centro Estudiantes de Medicina.

Igualmente los enfermos afectados de lepra han aumentado en cantidad apreciable en los consultorios, donde son debidamente tratados y observados, y mientras no se cuente con un leprocomio, el consultorio anexo a la 1.ª zona sanitaria, como se ha propuesto más arriba, podría ocuparse casi exclusivamente de esta clase de enfermedad.

El reglamento sobre casas de prostitución que rige actualmente (1913), debe sufrir modificaciones esenciales, en donde faltan sobre todo las disposiciones punitivas a aplicar a las que ejercen la prostitución clandestina, lo mismo en lo que se refiere a las multas e impuestos sanitarios. En el transcurso del año, tendré el honor de elevar a la Dirección el referido proyecto de reglamentación.

Adjunto igualmente la lista de los instrumentos y útiles para la instalación de un laboratorio anexo al Instituto, de cuya necesidad e importancia se ha hablado e insistido en la memoria del año próximo pasado.

En tres hojas anexas van especificadas: 1) estadística de las enfermedades; 2) estadística de los trabajos de la sección; 3) rendición de cuentas de los impuestos sanitarios cobrados en el año.

Con el proyecto de presupuesto elevado a la Dirección y que se espera tenga que regir desde el corriente año, el Instituto Profiláctico de Venéreo-sífilis podrá dar mejor cumplimiento a la misión encomendádale por la Dirección General desde su apertura.

Al terminar esta ligera reseña me es grato repetir lo ya dicho en la memoria precedente: "la voluntad y el trabajo asiduo del personal bajo mi dirección".

Cuatro mil setecientos ochenta y cinco enfermos han sido atendidos y tratados en el Instituto Profiláctico de Venéreo-sífilis en el transcurso del año fenecido.

Sin más, saludo al señor Director con mi consideración más distinguida. — **Víctor Idoyaga.**

Estadísticas por enfermedades, año 1920

	Total
Urticaria	6
Estomatitis mercurial	7
Histeria.	7
Artritis sifilítica	11
Sarna	11
Anemia (causas diversas) . . .	6

	Total
Eczema	6
Dismenorrea	5
Buba	8
Calculosis renal	4
Sífilis gomosa	8
Neuralgia intercostal	5
Artritis blenorrágica.	7
Placas mucosas.	6
Ulcera de la pierna	6
Ankilostomiasis	21
Orquitis blenorrágica	14
Asma	3
Roseola sifilítica.	2
Hemiplejía.	2
Dispepsia.	2
Neuritis alcohólica.	4
Reumatismo sifilítico	6
Adenitis inguinal.	5
Uretritis simple.	2
Prostatitis blenorrágica	3
Metrorragia.	1
Uretritis crónica	1
Balano-postitis.	1
Amigdalitis crónica	2
Ulcera en el cuello del útero. .	9
Nefritis.	4
Blenorragia aguda.	88
Blenorragia crónica	48
Sífilis	262
Chancro sifilítico.	27
Chancro simple	44
Chancro mixto	16
Adenitis inguinal.	10
Prostatitis	6
Reumatismo articular	11
Epilepsia	2
Pelada	6
Observación	212
Metritis.	64
Bartholinitis	15
Lepra	40
Piodermitis	6
Leishmaniosis	2

	Total
Deferentitis	4
Bacilosis	1
Heredo-sífilis	10

Estadísticas de trabajo, año 1920

Enfermedades	Total
Enfermos atendidos en el consultorio	4,785
Visitas domiciliarias (casas de prostitución)	108
Inyecciones mercuriales solubles	951
Inyecciones mercuriales insolubles	245
Inyecciones de 914	608
Reacciones de Wassermann	188
Lavajes uretrales	83
Punción lumbar	10
Examen de la gota uretral	106

Arancel del Instituto Profiláctico de Venéreo-Sífilis

Reacción de Wassermann	$ 200
Reacción paratífica A y B	" 200
Reacción de Widal	" 200
Otras reacciones (oftalmo, cuti, etc.)	" 200
Análisis de sangre completo (hemoglobina, fórmula leucocitaria, contage globular, parasitología)	" 200
Ultramicroscopia, espiroquetas, etc.	" 100
Punción lumbar y examen del líquido céfalo-raquídeo	" 200
Análisis de pus, esputos, secreciones, etc.	" 100
Análisis de orina, completo	" 125
Análisis de albúmina y azúcar	" 125
Biopsias y estudios anatomo-patológicos	" 200
Análisis de leche, completo	" 125
Análisis de leche, parcial	" 75
Análisis químico del agua	" 750
Análisis bacteriológico	" 1500
Examen del jugo gástrico	" 350
Examen de heces fecales	" 75
Aislamientos, cultivos de microbios, experiencias sobre animales, etc.	" 200
Aplicaciones de 606 o 914, por cada vez	" 60

Inyecciones endovenosas de sales mercuriales u otras	$	60
Inyecciones hipodérmicas e intramusculares en general	”	30
Lavajes uretrales	”	10
Lavajes y curaciones vaginales.	”	15
Aplicación de vacunas	”	50

VIII

Perú

Campaña antivenérea en el Perú (1). — La campaña contra la peste roja apenas si está iniciada en el Perú. Lima, la Capital de la República, es la única ciudad que cuenta con un embrionario servicio de la prostitución. En el resto de la República no se encuentra ningún servicio organizado, salvo el puerto principal del Callao, que cuenta con un servicio hospitalario de acción muy restringida.

La consecuencia de esta falta de organización, es la prevalencia de las enfermedades venéreas en los centros poblados.

La lucha contra estas enfermedades se hace en Lima con el arcaico concepto policial que ve en la prostitución una infracción a las buenas costumbres y, por consiguiente, somete a las mujeres que en ella adquieren enfermedades a reclusión y castigo, en vez de asistencia médica y reforma.

Una oficina central, encargada asimismo de suministrar los primeros auxilios de urgencia en casos de accidentes en la vía pública, es la que atiende a este aspecto de la política sanitaria. Un registro celosamente controlado por la policía exhibe el nombre, apellido, condición, domicilio y filiación de las mujeres públicas. Pasan de 1,200 las inscriptas en Lima. Abundan las prostitutas extranjeras, cuyo ingreso al territorio nacional no está sujeto a ninguna traba.

Semanalmente acuden a la visita de inspección, en la misma oficina central, todas las mujeres públicas, pagando por el sello que se pone en su respectiva libreta de identidad, la suma de tres soles. Cuando la visita se hace en el propio domicilio de la prostituta, el precio aumenta a cinco soles.

A pesar de que no está permitido el prostíbulo, de hecho

(1) Por el doctor Carlos Enrique Paz Soldán, profesor de Higiene de la Facultad de Medicina de Lima.

funcionan algunas docenas, que pagan por su funcionamiento, y con el nombre de "multas de policía", sumas que oscilan entre cinco y diez libras mensuales, aparte de pequeñas subvenciones privadas.

Las mujeres que resultan enfermas de esta visita son marcadas en la libreta, y en algunos casos sometidas a prisión.

En cuanto a la asistencia pública de estas enfermedades, ella se realiza en los hospitales corrientes, contándose con dos servicios externos especialmente consagrados a este objeto.

La breve relación que antecede es suficiente para darse cuenta de que la defensa social contra los males venéreos está aún por realizarse en el Perú, lo cual no quiere decir que no se haga desde tiempo, una activa campaña de propaganda por la prensa, destinada a la cultura del pueblo y a demandar de los Poderes públicos todo interés por el asunto.

Defensa contra las enfermedades venéreas (1). — La defensa contra las enfermedades venéreas ha sido motivo de intensa preocupación para médicos e higienistas desde hace muchos años, durante los cuales los métodos puestos en práctica con ese fin han sufrido innumerables modificaciones, orientadas siempre por las nuevas adquisiciones hechas por la ciencia en materia de venereología.

Siempre las guerras han sido un factor eficacísimo en el desarrollo de las enfermedades venéreas, y es muy natural suponer que esta última que acaba de sufrir el mundo, hubiera, por su intensidad, producido efectos desastrosos, a no haber habido de parte de las organizaciones sanitarias de los países combatientes, la labor tan intensa de prevención y de curación de los males venéreos, como la llevada a cabo.

Los éxitos obtenidos en la guerra han alentado al mundo en la campaña contra los males de Venus y hecho lógicamente realizable, la posibilidad de que por lo menos la sífilis, la más grave de ellas, pueda ser desterrada de la superficie del globo.

Estos mismos éxitos obtenidos en la guerra, han puesto

(1) Por el doctor Pedro Villanueva, director de la Asistencia Pública de Lima.

la cuestión de la lucha antivenérea a la orden del día y han llegado a uniformar universalmente el criterio, tanto de los Poderes públicos como de las organizaciones sanitarias de los distintos países, en el sentido de la necesidad, imperiosa e impostergable, de luchar por todos los medios contra estas enfermedades que pesan hoy como amenaza sobre el porvenir de la humanidad. Así vemos que los distintos países han establecido comités de "profilaxis sanitaria y moral"; se han reorganizado, previamente revisados, los métodos antiguos con el objeto de obtener de ellos el mayor provecho posible; se ha buscado en la educación moral, en la educación sexual de la juventud, en la propaganda a favor de la abstinencia sexual en los célibes, etc., nuevas armas con que defender a la humanidad del peligro venéreo.

En el Perú es todavía muy poco lo que se ha hecho en favor de esta obra universal; en las páginas que siguen vamos a exponer la labor que hemos realizado en la Asistencia Pública de Lima, la organización sanitaria peruana que más ha luchado contra el mal venéreo en el Perú. Si la labor realizada hasta hoy ha sido relativamente escasa, estamos seguros de que ella no ha sido infructuosa y nos alienta la seguridad de que los esfuerzos que en adelante seguiremos realizando, nos harán llegar a convencer a todos los elementos que componen nuestro pueblo de la importancia de los fines que perseguimos y esperamos que en un plazo no lejano, sean para nosotros valiosa ayuda elementos que hasta hoy han mirado con indiferencia, cuando no con desagrado, nuestra campaña; estos hechos son el resultado de la ignorancia en nuestro bajo pueblo y de una mal dirigida educación guiada por una mal entendida moral en nuestras clases dirigentes; pero, como acabamos de decir, la tenacidad de nuestra campaña tendrá que uniformar el criterio de nuestros dirigentes y de nuestro pueblo cuando ella los convenza de que no perseguimos sino su defensa.

No podemos precisar la fecha de la iniciación de la lucha antivenérea en el Perú, porque la historia de nuestros antepasados los Incas, no ha llegado a nosotros con la riqueza de detalles necesaria para poder tener datos al respecto.

La existencia de la prostitución en la época incaica es relatada por historiadores como Garcilazo, que dice que los Incas tenían dictadas disposiciones legales para evitar que las prostitutas se mezclaran con las mujeres honradas y aún hasta que hablaran con ellas. Fray Bartolomé de las

Casas, citado por los doctores Olivencia y Tello, refiere, igualmente, la existencia de la prostitución.

La existencia de la sífilis en aquella época es igualmente un hecho evidente; y aunque es cierto que se discute la interpretación de ciertas dermatosis relatadas por algunos historiadores, no cabe, en cambio, duda respecto a la naturaleza sifilítica de las lesiones que presentan los cráneos extraídos de excavaciones por nuestro ilustre compatriota el doctor Tello y que forman la colección que sirve de fundamento a su notable obra sobre la antigüedad de la sífilis en el Perú.

La legislación incaica en materia de prostitución parece que cambió según el Inca que regía los destinos del Imperio; y en tanto que unos optaban por el abolicionismo completo, otros toleraban, con ciertas restricciones, la existencia de esta plaga social. Pero las disposiciones que en uno u otro sentido se adoptaban, es casi seguro que no fueron guiadas por el deseo de disminuir la patología venérea, sino más bien con el objeto de evitar en las mujeres la depravación moral que la prostitución acarrea; en efecto: como decíamos no hace un instante, ellos sólo trataban de aislar a las prostitutas del trato con las mujeres honradas.

Pero si es cierto que con la legislación sobre prostitución perseguían los Incas hacer sólo profilaxis moral y no profilaxis venérea, en cambio, es lógico deducir de la existencia del mal venéreo en el Perú en la época incaica, la existencia de lucha antivenérea, ya que el instinto de defensa contra los males que en forma de enfermedad han amenazado al hombre, nació en el mundo con los primeros pobladores. Nada conocemos respecto a los métodos empleados por los antiguos peruanos en el tratamiento de los atacados de mal venéreo; quizás empleaban métodos originados en el mito que informaba su religión, practicando sacrificios dedicados al sol, tal como lo hacían para obtener buenas cosechas y agua abundante para conseguirlas.

Durante la época de la colonia, el desenfreno de las costumbres que fué la nota dominante de la época, fruto posiblemente de la calidad social de los conquistadores del Perú y de la molicie de la vida colonial, hicieron que la prostitución se desarrollara sobremanera; y si en la época incaica puede caber la posibilidad de que se haya pensado en la lucha antivenérea, es casi seguro que durante el coloniaje español ella no fué ni siquiera mencionada; abona esta opinión el conocimiento de la educación de la época, informa-

da en una hipócrita moral, fruto de la influencia religiosa impuesta por los españoles y que condenaba a la hoguera y a la horca a los acusados de librepensadores, pero que ni siquiera pretendían detener la ola de lujuria que invadía corrompiendo todas las clases sociales.

Durante nuestra vida republicana la prostitución siguió entre nosotros una marcha paralela a la del resto del mundo; pero en cambio quedamos muy rezagados en materia de profilaxis antivenérea; y esto no por falta de personas que señalaran las ventajas de la profilaxis, sino más bien por obra de la incuria gubernativa.

El primero en señalar la necesidad de la reglamentación fué el doctor Villar, en el año 1858; después el doctor Manuel Atanasio Fuentes hablaba de los efectos de la sífilis y recomendaba la reglamentación para luchar contra ella. El doctor José Cobian presentó en 1878 a la Municipalidad de Lima un proyecto de reglamento que se aprobó sin llegar a hacerse práctico; igual cosa sucedió con el proyecto del doctor Manuel A. Muñiz. Después de ellos los doctores Plácido Jiménez, Casimiro Medina, Carlos Alberto García, Felipe Merkel, Emilio Valdizan, José M. Olivencia y el señor Pedro Dávalos y Lizen, han luchado por que la reglamentación fuera un hecho, cosa que sólo se ha realizado en el año 1914, después de expedirse dos reglamentos, uno en 1908 y otro en 1912.

La organización que la prostitución reglamentada tuvo en Lima al iniciarse, dejaba mucho que desear, pues era más una vigilancia policial que una organización sanitaria; en efecto: la labor de los encargados de la vigilancia médica, que eran dos médicos de Policía auxiliados por un estudiante de Medicina que actuaba como ayudante y teniendo bajo su dependencia a varios agentes de Policía, limitaban su acción a hacer un reconocimiento semanal de las meretrices inscriptas en un registro, que servía al mismo tiempo de libro estadístico del estado de salud semanal de las inscriptas. Las prostitutas estaban provistas de una libreta en la que el médico colocaba, según su estado, el sello de "sana", "enferma", "en observación", o "menstruando"; había también un sello que decía "faltó". La labor de laboratorio se limitaba a la investigación del gonococo en la secreción genital de las sospechosas. El examen era gratuito para las que concurrían al local de la Intendencia de Policía y costaba tres soles a las que solicitaban que el examen médico les fuera practicado en su domi-

cilio; el hecho de realizarse los exámenes gratuitos en la Intendencia de Policía era suficiente motivo para hacer fracasar los buenos resultados que se podían haber esperado de este primer intento de reglamentación; por otra parte, las declaradas enfermas, que al principio se hospitalizaron, fueron, por el fracaso de la hospitalización, dejadas sin recibir curación ninguna, cosa que dada la mentalidad de la prostituta, hacía que las enfermedades venéreas se perpetuaran en ellas.

Las deficiencias que el servicio organizado en esta forma presentaba, movieron a los Poderes públicos a encargar a la Asistencia Pública de la lucha antivenérea en Lima. Durante los años transcurridos, la Asistencia Pública ha ido tratando de extender su radio de acción y de ir corrigiendo los defectos que la práctica diaria le hacía ver; así hemos llegado a la organización actual que vamos a exponer y que, aunque no satisface nuestras aspiraciones por entero, servirá seguramente de avanzada para la campaña definitiva de lucha antivenérea que esperamos realizar.

La Asistencia Pública de Lima tiene organizada la reglamentación de la prostitución en la siguiente forma: cada una de las prostitutas inscriptas posee una libreta en la que en la primera hoja, y junto a su retrato, aparecen el nombre, la filiación, el domicilio y la dirección de la casa de tolerancia en que ejerce su oficio; las demás páginas de la libreta están destinadas a ser selladas después de cada examen semanal, en el lugar correspondiente a la fecha del examen. Estos exámenes son obligatorios y se realizan en un día señalado de antemano, según el lugar de la ciudad en que habita la mujer; estos exámenes son practicados, ya sea en el local de la Asistencia Pública o en el domicilio de la prostituta, por dos médicos encargados de este servicio, auxiliados por estudiantes de Medicina, ayudantes. El laboratorio de la Asistencia Pública está montado en condiciones de poder realizar cualquier trabajo de laboratorio y está servido por un médico jefe y por un estudiante de Medicina ayudante, practica los exámenes microscópicos de las secreciones sospechosas, los frotis indicados por los médicos encargados del examen y las reacciones de Wassermann necesarias; cada cierto tiempo se practica un examen de las secreciones y una reacción de Wassermann de todas las inscriptas, método que aunque no se realiza todavía con la frecuencia que nosotros deseamos y esperamos poderlo realizar, nos da, sin embargo, muy buenos resultados.

El examen semanal practicado en la Asistencia Pública cuesta a las prostitutas tres soles y el examen practicado a domicilio cuesta diez soles; esta diferencia en el precio ha sido establecida con el objeto de limitar hasta donde sea posible esta última forma de examen, que no ofrece, por las condiciones en que se realiza, las debidas garantías; y ha dado, como se verá por los datos estadísticos que más adelante apuntaremos, muy buenos resultados, pues el número de las que se examina a domicilio es el menor.

Las prostitutas están obligadas a llevar siempre consigo su libreta de inscripción en la Asistencia Pública, al practicarse semanalmente el examen reglamentario, a abstenerse de todo trato sexual en caso de estar enfermas y a concurrir a la Asistencia Pública cuando lo estén, a recibir las curaciones que su estado hace necesario, o a enviar a la Asistencia el certificado médico del facultativo que les trata a domicilio su afección venérea.

La vigilancia en el cumplimiento de las disposiciones de la Asistencia, tanto para las prostitutas como para las conductoras de casas de tolerancia, está encargada a agentes de la Asistencia Pública que realizan sus funciones ayudados por la Policía.

Las penas que se imponen a las prostitutas por su incumplimiento, consisten en multas y reclusiones en la comisaría de mujeres.

La inscripción sólo es permitida a las mujeres mayores de diez y ocho años; el ejercicio de la prostitución en las menores de edad está prohibido, y a aquellas a quienes se les comprueba prostituídas sin la edad reglamentaria, se les recluye en la Escuela Correccional de Mujeres.

Las conductoras de casas de tolerancia están obligadas a remitir a la Asistencia Pública a sus pupilas para su examen semanal, a no recibir en sus casas mujeres declaradas enfermas o que no hayan llegado a la edad reglamentaria, siendo multadas en los casos en que no cumplan con estas disposiciones.

Las mujeres declaradas enfermas, como hemos dicho, están obligadas a curarse, ya sea con el médico que ellas escojan si sus recursos se lo permiten, o en el consultorio de enfermedades venéreas femeninas de la Asistencia Pública; en este consultorio servido por un médico y un estudiante de Medicina ayudante, se hace el tratamiento ambulatorio de las enfermedades venéreas, se hace el tratamiento de la blenorragia, se hace el tratamiento arsénico-mercurial de la

sífilis, se trata el chancro blando y la sarna. A las sifilíticas se les hace una cura de blanqueo que hace desaparecer las lesiones contagiosas y después se procura hacerles, mientras están bajo la vigilancia de la Asistencia Pública, un tratamiento de fondo de su enfermedad. Es un hecho digno de notarse la rareza relativa del chancro blando entre las enfermedades de que adolecen las prostitutas tratadas en el consultorio de la Asistencia Pública. Este consultorio, por razones dependientes de la psicología especial de las prostitutas, no da los resultados que daría si tuviera a su cargo la curación de estas mismas mujeres recluídas en un sifilicomio, por el tiempo que dure la contagiosidad de sus enfermedades. En efecto: por más intenso que se hace el tratamiento por el salvarsán y el mercurio, de las atacadas de lesiones contagiosas, éstas tardan, sin embargo, algunos días para su desaparición, durante los cuales la Asistencia Pública no puede tener la seguridad de que estas mujeres se abstengan del comercio sexual; y en cuanto a la blenorragia y el chancro blando, la prolongación extraordinaria del tiempo que tardan en curar, permite asegurar que la abstinencia sexual es un medio terapéutico que si les es conocido, no es puesto en práctica por ellas.

La Asistencia Pública ha trabajado afanosamente por conseguir el establecimiento de un sifilicomio, felizmente hoy con posibilidades de pronta realización.

La Asistencia Pública tiene un personal de estadística, encargado de llevar tanto los libros de inscripción como aquellos en que se anota el estado de salud de las inscriptas. La inscripción tuvo como base la primitiva de la Intendencia de Policía, que fué aumentando hasta llegar a la cifra de mil quinientas registradas; pero este registro, por la forma en que se había iniciado, por la insuficiencia de los datos que de él se obtenían y sobre todo, porque registraba un número de prostitutas que estaba muy por encima de las que la Asistencia Pública vigilaba, necesitó ser rehecho, dando origen—al hacer la reinscripción después de suprimir las fallecidas, las que habían abandonado Lima, y las que habían desaparecido—al registro actual, que cuenta a la fecha con cuatrocientas cincuenta y una inscriptas y está constituído por hojas de cartulina que tienen una numeración de orden y otra correspondiente al año y se coloca después de la revisión anual que se hace para suprimir las fallecidas, retiradas y desaparecidas. En cada una de estas hojas se anota al lado del retrato y del nombre, o nombres con

que se conoce a la inscripta, su nacionalidad, la raza, el estado civil, la profesión anterior, el número de hijos que ha tenido, la edad, el alfabetismo, la dirección de su domicilio y de la casa de tolerancia y su filiación.

De las cuatrocientas cincuenta y una inscriptas hay:

Con el sello de sanas	257
Con el de enfermas.	66
Se encuentran ausentes o desaparecidas.	87
Retiradas hay.	40
Fallecidas.	1

De las cuatrocientas cincuenta y una inscriptas, hay cien en las cuales la sífilis ha sido diagnosticada, ya sea por el Wassermann, o por la existencia de lesiones sifilíticas características.

Entre las sesenta y seis enfermas, actualmente predomina la blenorragia; hay entre ellas treinta y ocho sifilíticas, de las cuales sólo tres o cuatro se encuentran con sífilis en potencia, es decir, con accidentes contagiosos. Sólo hay una atacada de chancro blando.

La duración del tratamiento necesario para el blanqueo de las lesiones sifilíticas contagiosas no se aparta en nada de lo que se observa habitualmente, pero el tratamiento de la blenorragia se hace extremadamente largo a consecuencia del ningún cuidado que nuestra prostituta dedica a la curación de sus dolencias venéreas; por el contrario, el uso del alcohol, la continuación del comercio sexual a pesar de saberse enferma, prolongan, como acabamos de decir, de manera extraordinaria, el tiempo necesario para su curación. Esto nos hace anhelar cada vez con más vehemencia la creación de un lugar de hospitalización para estas enfermas.

La Asistencia Pública ha tendido siempre a hacer de la reglamentación una labor enteramente sanitaria, tratando hasta donde ha sido posible, de borrarle todo su aspecto de mecanismo policial, encontrándose en este camino con una serie de resistencias de parte de la Policía, especialmente, que, malamente enterada de los fines profilácticos que la reglamentación persigue, establece analogías irracionales entre la vigilancia médica de la prostitución y las patentes de apertura y funcionamiento de establecimientos industriales y quiere proceder en igualdad de circunstancias en

ambos casos, contrariando los esfuerzos que en la Asistencia Pública hacemos.

Las meretrices de Lima ejercen su comercio sexual en casas de tolerancia unas y aisladamente otras; la Asistencia Pública se esfuerza por que los locales que éstas ocupan reunan las condiciones de higiene indispensables. Hay una disposición que limita su ubicación a determinados barrios de la ciudad, sin que haya podido conseguirse aún que esto se lleve a cabo con exactitud.

La concurrencia de menores de edad, parientes de las prostitutas o de las conductoras de casas de tolerancia, es perseguida por los vigilantes de la Asistencia, sin que, sin embargo, se haya conseguido hasta ahora desterrar esta perniciosa costumbre.

La Asistencia Pública, consciente de la necesidad de luchar por todos los medios contra el mal venéreo, ha establecido un consultorio para las víctimas de él, que funciona diariamente entre 5 y 7 p. m.; este consultorio gratuito, que está servido por un médico y dos ayudantes, presta servicios a todo el que los solicite, proporcionándole gratuitamente todos los elementos de curación necesarios, inclusive salvarsán.

En el camino de la educación profiláctica se ha hecho alguna labor que se intensifica cada día más; así, se han distribuído profusamente, y colocado en lugares frecuentados por hombres, carteles con las recomendaciones de las precauciones para evitar en lo posible el contagio de las enfermedades venéreas, unos; y otros destinados a hacer conocer los peligros que los males venéreos tienen sobre el individuo y sobre la colectividad. También se han colocado en los lugares visibles de las casas en que las meretrices se dedican al comercio sexual, carteles indicando la conveniencia de exigir la libreta con el sello de "sana" a la mujer con quien se va a practicar el coito.

El personal de la Asistencia Pública ha dado conferencias en los centros obreros sobre las enfermedades venéreas y su profilaxis y ha hecho conocer por la prensa los peligros de ella y ventajas que se pueden obtener con nuestra campaña. Nuestro Director, especialmente, ha hecho ver el peligro que representan para los pueblos del Perú las enfermedades venéreas en el Ejército, ya que los conscriptos contaminados vuelven a las diversas provincias del país de donde la conscripción los sacó, con afecciones tratadas insuficientemente o no tratadas, a sembrarlas en un medio

en donde la incultura y los hábitos de alcoholismo y de suciedad, tienen que influir poderosamente, multiplicando sobremanera los daños que en todas partes causan estas enfermedades.

La Asistencia Pública ha insinuado a los miembros de la Sanidad Militar la conveniencia de dar al soldado enseñanzas profilácticas, que no sabemos si se habrán llegado a realizar.

En el Ejército se ha pretendido hacer profilaxis individual contra la sífilis; pero al poco tiempo de haber comenzado tan buen método, se abandonó, ignoramos por qué causa. La profilaxis individual ha hecho sus pruebas en el mundo, especialmente en el Ejército; sería solamente necesario organizarla en buena forma, para obtener de ella los magníficos resultados que ha dado en todas partes.

Los efectos benéficos producidos por la Asistencia Pública en su campaña no son todavía conocidos, pues no se ha hecho ninguna estadística de la morbosidad venérea en Lima antes de la campaña de la Asistencia Pública y en la actualidad; pero el día en que aquélla se realice, los resultados se tendrán que apreciar, pues sólo la vigilancia médica de la prostitución ha hecho posible a la Asistencia Pública el blanqueo de numerosas sifilíticas que hubieran, seguramente, infectado a una gran cantidad de hombres; y en cuanto a sus campañas sobre educación profiláctica, si no ahora, dentro de un futuro más o menos próximo, con la tenacidad que la Asistencia Pública ha de tener en sus labores, se han de obtener halagadores resultados.

La profilaxis antivenérea fuera de la Capital se halla entregada a elementos de lo más heterogéneos; generalmente se halla limitada única y exclusivamente a la vigilancia médica de la prostitución, y aún ésta sólo se limita al examen semanal o quincenal de las meretrices, sin que se pretenda hacer profilaxis por medio de la terapéutica, recurso cuya eficacia es indudable.

La Asistencia Pública pretende tener bajo su control la profilaxis antivenérea de todo el país, pero para ello necesita el apoyo general; apoyo que será seguramente el resultado de sus esfuerzos en pro de la educación de todas las clases sociales, hasta llevarlas a la convicción de la imprescindible necesidad en que se halla el país, de luchar contra enfermedades, cuya desaparición no es sino obra de la perseverancia guiada por un criterio científico.

Reglamentación de la prostitución en el Callao (1). — La reglamentación actual de la prostitución, entre nosotros, data de la creación del sifilicomio del Callao en 1911. Fué el doctor D. Julián Arce, hoy catedrático de enfermedades tropicales en la Facultad de Medicina de Lima, y primer Director de Salubridad, quien trazó los grandes lineamientos de la reglamentación actual de la prostitución, y quien creó también el Sifilicomio del Callao, primero en su género en este lugar y en el Perú entero.

La prostitución se ejerce en el Callao de estas maneras: en su propio domicilio; como pupilas, en la casa de tolerancia; y en dicha casa, pero sin estar domiciliadas en ella. Todas están obligadas a la inscripción en los registros respectivos y a llevar consigo su "Libreta sanitaria" y a presentarla a quienes la pidieran, como trámite previo para comerciar con ellas.

Para ejercer la prostitución en el Callao es preciso que la prostituta, ya sirva en la casa de tolerancia o ya fuera de ella, esté inscripta en el "Registro de inscripción de prostitutas", tanto en la Subprefectura de la provincia, como del Sifilicomio del Callao. Para lograr esta inscripción, la autoridad de policía mencionada pone a disposición del jefe del Sifilicomio el número de "agentes" necesario para hacer las pesquisas del caso. Estos agentes deben pedir a toda prostituta su libreta sanitaria, y en caso de que esta mujer carezca de ella, el agente cita a la prostituta a la Subprefectura, para que se haga allí la debida inscripción y la entrega de la libreta aludida. Da parte al mismo tiempo, en el Sifilicomio, de la pesquisa hecha, y toma el nombre y el domicilio de la prostituta para poder comunicarlos a la Subprefectura, a fin de facilitar la inscripción policial, en caso de que la mujer se resista a hacerla. Hecha esta inscripción, la mujer entrega personalmente su libreta en el Sifilicomio, y en vista de ella y de los datos que el Sifilicomio investiga y consigna en el registro correspondiente, queda hecha la inscripción (2).

Las prostitutas en ejercicio contraen la obligación de

---

(1) Por el doctor Octavio Espinosa y Saldaña, ex director del Sifilicomio del Callao.

(2) En la libreta constan estos datos: nombre, apellido y domicilio de la prostituta; sello de la Subprefectura y del Sifilicomio, y firma manuscrita del Subprefecto y del médico. jefe del Sifilicomio. Además, los datos que más adelante se consignan.

presentarse en el Sifilicomio una vez por semana, mientras están sanas, y todos los días extraordinarios que el médico jefe del Sifilicomio indique, cuando estén enfermas.

Por medio de estos agentes, de los datos y de los diversos libros de registro (inscripción, apellidos, domicilios, casas de tolerancia, etc., etc.), que se llevan en el Sifilicomio, se sigue a cada prostituta desde que aparece en el Callao hasta que se aleja de este lugar (1).

El Sifilicomio funciona diariamente de 2 a 7 p. m., menos los días feriados. Hay en él dos secciones, una de mujeres y otra de hombres, exclusivamente para las personas que sufren de enfermedades venéreas. En la sección respectiva se examina a las prostitutas y se estampa en la "Libreta sanitaria" de cada una: el sello del Sifilicomio, el estado de salud de la examinada, la fecha en que se practicó el examen, y la firma manuscrita del médico-jefe del Sifilicomio, quien es también el jefe de la sección mujeres de la oficina.

Las mujeres que están "enfermas", "menstruando", o "en cinta", no pueden ejercer la prostitución, y si lo hacen son multadas por la autoridad de Policía o detenidas temporalmente en la Subprefectura, siendo las "enfermas" trasladadas al hospital para su curación y para impedir que continúen ejerciendo la prostitución mientras estén enfermas.

Cuando la prostituta "enferma" recibe asistencia médica en el Sifilicomio, se anota en su "Libreta", con caracteres rojos, la palabra "Enferma", y se encarga a los agentes que vigilen a la enferma para que no ejerza la prostitución hasta que recupere la salud y haya sido declarada "sana" por el médico-jefe del Sifilicomio.

Existe en uno de los hospitales de mujeres una sala o servicio especial para prostitutas. El médico de este servicio avisa por escrito al jefe del Sifilicomio quiénes son las mujeres a las que ha dado de alta, el diagnóstico de cada una y el tratamiento que con ellas ha seguido, con especificación de tiempo, cuando se trata de sífilis.

(1) Si la mujer sorprendida en ejercicio de la prostitución elude la doble inscripción de que hemos hablado, es transportada por los agentes, primero a la Subprefectura y después al Sifilicomio, para llenar estos requisitos.

La eficacia de esta campaña ha dependido siempre del grado de actividad y de importancia que la autoridad policial ha reconocido y dedicado a su labor, en relación con la profilaxis social desde el punto de vista antivenéreo.

Este es, a grandes rasgos, el mecanismo de la reglamentación de la prostitución, tal como en el día se practica; y éste es el ensayo de la lucha antivenérea que, modestamente, se ha emprendido en el primer puerto de la República.

Dispensario de Salubridad del Callao. (1) — Data su existencia del 10 de septiembre del año 1911. Respondía a necesidad ha tiempo sentida y ya se palpa su importancia y eficacia en la vida social del puerto.

Cuenta con ocho amplias salas destinadas: a la oficina de los médicos, sala de espera, sala de curaciones de mujeres, de hombres y lavatorio, etc. El total de mujeres inscriptas de esa época a la fecha es de 431 mujeres, descontando las que han abandonado la vida alegre, las que han dejado la localidad en este dilatado período de diez años, las que han fallecido; quedan en el libro de inscripción de este año 156 mujeres que pasan visita semanalmente. El funcionamiento de este Dispensario es el siguiente: presente la prostituta se toma los siguientes datos estadísticos: nombre, edad, raza, estado civil, número de hijos anteriores, abortos, enfermedades anteriores, etc., fotografía que queda estampada en el libro de inscripción, se procede a su examen cada siete días.

Si resultase enferma tiene la obligación de venir diariamente al dispensario hasta su curación. Además del libro de inscripción, hay otro libro de asistencia diaria. Si la mujer no viniere al dispensario para su curación, es recluída en el Hospital de Bellavista y no es dada de alta hasta que el médico jefe del dispensario compruebe hallarse sana.

Esta oficina cuenta con agentes de policía que son los encargados de pedir en las noches las libretas de sanidad a las mujeres.

Las condiciones higiénicas de los prostíbulos deja mucho que desear, mereciendo algunos solamente el nombre de tales y se encuentran en buen pie para su fucionamiento.

En cada cuarto de las casas de tolerancia existe el retrato de la mujer que lo habita y con la indicación de que el parroquiano exija la libreta de sanidad.

---

(1) Por el doctor Francisco Cueto, director del Sifilicomio del Callao.

VIII

Ecuador (1)

La lucha antivenérea fué un ideal acariciado desde las primeras administraciones liberales, viniendo a cristalizarse en un proyecto de ley que el Ejecutivo sugirió a la Legislatura de 1908. Empero, más que las previsiones de la cultura gubernativa pudieron las influencias de antiguos atavismos. El escrúpulo — que es la peor de las simulaciones de la moral — tomó a su cargo obstaculizar la expedición de aquella ley, y los males venéreos continuaron su curso por el suave cauce de la hipocresía social.

En estos días, los movimientos culturales de otras naciones en este sentido, han formado favorables corrientes de ideas a este respecto; y ya se siente la oportunidad de esta lucha, oportunidad facilitada por el apreciable nivel que ha alcanzado en estas materias el criterio general del país. En tal virtud, el actual Gobierno se empeña en estos momentos en implantar la profilaxis venérea como una rama del Servicio sanitario. Seguramente, en el mes próximo se inaugurarán sendas oficinas de profilaxis en la Dirección de Sanidad de Guayaquil y en la Subdirección de Sanidad de Quito, pues los reglamentos del caso se hallan ya expedidos desde diciembre del año que acaba de pasar. Por lo que respecta a esta reglamentación en el distrito de mi incumbencia, se ha procurado adoptar un temperamento medio entre las exageraciones que en este punto han sido observadas en otros países, con daño evidente del contralor mismo; de modo que, dentro de un criterio ecléctico, he escogido las disposiciones que la experiencia ha sancionado como convenientes y he desechado lo infactible, inútil o poco prudente. Del Uruguay, principalmente, y de la Argentina, Estados Unidos y Francia, he tomado las bases para esta saludable lucha, y creo que para coronar obra de tan evidente significación nacional y más que nacional humana, sólo resta un poco de inteligente energía y otro poco de perseverancia. Por lo pronto, se abrirá esta sección profiláctica con un dispensario, junto al correspondiente laboratorio; pero en el año siguiente espero que se ensancharán

(1) Por el doctor Carlos A. Miño, subdirector de Sanidad Pública de la provincia de Pichincha, Quito.

nuestras facultades y medios para implantar algunos dispensarios que son indispensables, a fin de poder atender eficazmente a toda la población de Quito.

Igual número de dispensarios u hospitales de enfermedades venéreas se anuncia establecer en Guayaquil, donde siempre ha preocupado el remedio de esta clase de males que trascienden a las generaciones futuras; y tanto allí como en esta Capital se piensa que **sublata causa tollitur effectus**, y que, en consecuencia, las medidas precautelatorias contra la sífilis y la prostitución, deben tener como complemento la enseñanza popular por medio de conferencias, publicaciones periódicas, lecciones en las escuelas, etc., etc., cosas que han empezado ya a realizarse.

IX

Colombia (1)

Hace diez años se dió principio a la organización de la lucha contra las enfermedades venéreas.

El organizador de ella en Bogotá, ha sido el distinguido médico doctor Ricardo Amaya Arias, quien le ha dedicado todo su tiempo y sus energías. Los reglamentos se han dictado de acuerdo con las autoridades sanitarias de la Nación.

Desde hace cuatro años el servicio ha quedado organizado así en Bogotá, en dos secciones: Sección I. Hay un dispensario dirigido por dos médicos, los doctores R. Amaya Arias y Manuel J. Peña, y tres practicantes. En el local del dispensario hay los departamentos necesarios para oir consultas, practicar los exámenes clínicos y bacteriológicos (reacción de Wassermann), hacer aplicaciones como inyecciones, cauterizaciones y para despacho de drogas.

Anexo al dispensario hay un hospital o sanatorio, al cual ingresan aquellas enfermas pobres que, careciendo de medios de vivir, se verían obligadas a continuar ejerciendo la prostitución. En el hospital quedan hasta que estén en buen estado de salud y dejen de ser un peligro.

El médico jefe del dispensario, doctor Amaya Arias, es también jefe del hospital, para que el servicio sea más satisfactorio.

Al dispensario acuden voluntariamente enfermas en la

(1) Por el doctor Pablo García Medina, Director nacional de higiene de Colombia.

mañana. En el resto del día van las que, por orden de la Policía, deben presentarse al dispensario.

Allí se toman todos los datos relativos a ambas clases de enfermas; se lleva un registro en que consta la edad de cada enferma, su domicilio, su filiación; y se toma una fotografía que queda en el dispensario, y que también se agrega al certificado que se da a cada enferma, para verificar la identidad. Los certificados para mujeres enfermas, se dan en boletos de papel color rosa; los de las que están bien de salud, se dan en papel blanco.

Hay un cuerpo de policía sanitaria que averigua por las casas de prostitución y las registra para saber si las mujeres públicas tienen su certificado; y si las que lo tienen en papel rosado han concurrido al dispensario el día señalado en el boleto.

A cada mujer se le instruye en los peligros del mal; en los cuidados que debe tener; en la manera como ha de hacerse las aplicaciones y se le señala el día en que debe volver a presentarse.

La Policía vigila aquellas casas sospechosas en que pueda haber citas de mujeres, o sea prostitución clandestina; a toda mujer que entre a esas casas, se le obliga inmediatamente a presentarse al dispensario, bajo sanciones fuertes.

Hay generalmente hospitalizadas sesenta a ochenta mujeres.

Como se ve, esta sección I es para mujeres.

La sección II es para hombres. Hay un dispensario, donde se atienden las consultas, se practican los exámenes clínicos y bacteriológicos, se hacen aplicaciones como inyecciones, cauterizaciones, y donde se despachan los medicamentos que se recetan. Hay un médico, que es el doctor J. Uribe Olarte, y dos practicantes.

No hay hospital especial; pero a los enfermos que lo necesitan, se les envía por medio de la Policía al Hospital de San Juan de Dios, donde hay una sala especial para estas enfermedades.

El dispensario funciona en el día, pero principalmente de las 5 p. m. en adelante, hora en que los obreros ya no tienen trabajo; así se les puede atender hasta las 8 p. m. sin perjudicarles en sus jornales.

A estos enfermos también se les instruye en todo lo relativo al contagio, al tratamiento de la enfermedad.

En Colombia no se han aceptado para estas enfermedades otras denominaciones que sífilis o enfermedades vené-

reas, según el caso; pero se han desechado los nombres de **lues, avariosis, enfermedades sociales,** con que se disfrazan las citadas entidades patológicas.

Como la organización de la higiene en Colombia es una misma en toda la República, en los departamentos o provincias se procede como en Bogotá: por consiguiente, los dispensarios y los hospitales anexos están reglamentados de igual manera.

Esta lucha, en la misma forma, está organizada desde hace dos años en las siguientes ciudades capitales de departamentos: Medellín, Barranquilla, Manizales, Cartagena, Cali, Bucaramanga, Cúcuta y Funfa.

Estos servicios están costeados por los gobiernos de los respectivos departamentos.

X

Venezuela (1)

Caracas, 15 de marzo de 1921.

Señor doctor Emilio Coni. — Buenos Aires.

Mi distinguido compañero:

Hace tiempo tengo una carta de usted, como todas las suyas recibidas y leída con mucho placer y provecho, pidiéndome datos sobre la lucha antivenérea en Venezuela. No le había contestado porque me da pena no poder trasmitirle nada beneficioso hecho en mi patria y precisamente porque, siendo yo quien se ha puesto al frente de la campaña, me considero responsable de la pobreza del resultado.

Al fin me resuelvo a hacerle una breve historia de lo ejecutado.

Siendo yo Cónsul General de Venezuela en Madrid, 1903, envié de allí un proyecto de reglamentación de la prostitución, al estilo de lo que allá veía.

Para esa misma época, el doctor L. Razetti daba aquí unas conferencias populares sobre profilaxis venérea.

Hace algunos años publiqué un nuevo artículo, que provocó otros de otros colegas, y por fin llevé el asunto a la

(1) Por el doctor Francisco A. Risquez, de Caracas.

Academia de Medicina, donde el doctor Ochoa presentó un buen trabajo. Todo quedó en palabras; nada se hizo.

En 1918, con motivo de haberme propuesto yo revivir la Cruz Roja venezolana, y a propósito de lo hecho en la Conferencia de Cannes, resolvimos aquí concentrar nuestros esfuerzos a la organización de la campaña antivenérea.

Fundamos un dispensario venereológico, que se abrió el 1.º de febrero de 1919;

Publicamos hojas de propaganda antivenérea; hicimos visitas domiciliarias de prevención y enseñanza;

Aseguramos la protección de la Dirección de Sanidad y Gobierno nacional, en favor de nuestra obra;

Razetti, yo y algunos compañeros dimos conferencias públicas en el centro llamado Federación de Estudiantes de Venezuela;

Propuse la fundación de una Sociedad de Higiene y Profilaxis Social;

Hicimos instalar comités de la Cruz Roja en varias ciudades, para el plan de campaña antivenérea, basado en la fundación de dispensarios;

Trazamos el programa de la lucha por mediación de la Cruz Roja;

Hemos influído ante la Dirección de Sanidad para la formación de un reglamento de la prostitución, que se está elaborando;

Y actualmente discutimos acaloradamente en la Academia, trece puntos sometidos por Razetti, como declaraciones fundamentales que sirvan de base a una legislación sobre la materia. En suma, hemos preparado el terreno y sembrado las primeras semillas para una obra de alta trascendencia.

Lo que nos falta es dinero, porque trabajadores y alientos sobran.

Entretanto, ¿cuál es la situación de nuestra sociedad?

Hay casas de prostitución y de citas, individuales y colectivas, conocidas y privadas, públicas y secretas, donde habrá o no habrá enfermos, pero nadie se preocupa de tal cosa; por los puertos entran y salen los enfermos, en las casas pululan sin estorbo los y las trasmisoras del azote; las enfermedades venéreas se trasmiten y se multiplican; los hogares se infectan, las familias se desbaratan y la raza se degenera.

La Cruz Roja trabaja y yo a su frente; la Federación de Estudiantes trabaja y yo con ellos; la Sanidad nos oye y el

Gobierno nos protege, y yo tengo motivos para esperar que en este año se organice un nuevo dispensario; el Reglamento de Sanidad impondrá preservación, sanciones y obligaciones a sanos y a enfermos; la declaración, que ha sido hoy muy combatida en la Academia, triunfará como una necesidad para encontrar el mal donde quiera que se esconda; enseñaremos al público, y un día dando un paso y otro día otro, llegaremos a combatir eficazmente un mal que crece sin estorbos, a favor de la incultura del medio y la inmunidad de los trasmisores de un daño pavoroso.

Sus trabajos todos los he recibido; su folleto sobre la lucha antivenérea en Buenos Aires y en el Uruguay, es muy instructivo. Yo no soy reglamentarista hoy; pero juzgo necesaria la investigación, el examen, la lucha en los focos mismos del mal. Mi programa es el de la Cruz Roja, que le envío.

Mande a su amigo que mucho le recuerda y distingue.

Tanto en la Oficina Central como en las subalternas de Sanidad existen estaciones (dispensarios), dedicadas al tratamiento de los enfermos venéreos, las cuales indudablemente, efectúan una obra preventiva, porque cuando se apaga un foco humano de avariosis, se evita la dispersión del contagio a cien nuevos campos favorables. La actual Dirección de Sanidad tiene en mientes emprender en el próximo año una activa campaña profiláctica contra la enfermedad, comenzando por los puertos del país. (1)

La Dirección de Sanidad Nacional está prestando el mayor interés a la importante cuestión de la profilaxis de las enfermedades venéreas y a este efecto prepara un proyecto de reglamento que será sometido dentro de breve tiempo a la consideración del Ejecutivo Federal. (2)

El doctor Juan Arraiz (3) refiere que la lucha antivenérea ha dado recientemente margen entre nosotros, gracias a la iniciativa generosa de la Federación de Estudiantes, a una propaganda más, acaso como las anteriores efímera

(1) Informaciones extraídas de la memoria presentada a la Conferencia Sanitaria Internacional de Montevideo (diciembre de 1920), por el delegado venezolano, doctor Guillermo Delgado Palacios.

(2) Informe correspondiente al año de 1920, que el Director de Sanidad Nacional presenta al Ministro de Relaciones Exteriores. Caracas, 1921.

(3) Véase ''El Nuevo Diario'', de Caracas, febrero 10 de 1921.

y lírica, desgraciadamente para la suma trascendencia del tema y la extensión y profundidad del mal a que se refiere.

Por su parte, la Academia de Medicina de Caracas ha abordado el problema de la lucha antivenérea en el que han tomado parte algunos de sus miembros y principalmente su Secretario perpetuo, el doctor Luis Razetti. (1)

XI

Cuba (2)

Mi ilustrado amigo el doctor Matías Duque en carta de fecha febrero 12 de 1921, díceme lo siguiente:

"En mi patria, hoy no existe medida alguna para evitar la propagación de los males venéreos, pena me da al consignar este dato, pero ello es la verdad".

"Desde el dominio español, aquí existía una ridícula profilaxis que se regularizó algo más después de la independencia patria, pero desde hace cerca de ocho años, el Gobierno que padece Cuba desde esa fecha, por medio de un decreto, puso término a esa raquítica profilaxis. ¿Moralidad?"

"Con motivo de esa medida, escribí un libro de prisa, a la carrera, para impedir medida tan radical, pero el decreto se apresuró y libro y decreto salieron a luz, casi juntos".

"Tengo el gusto de enviar a usted dicho pobre libro, para que conozca todo lo que con respecto a la materia ha habido en Cuba, alegrándome que le sirva para algo".

He leído con vivo interés el libro a que se refiere el doctor Duque, que lleva por título: "Prostitución. Sus causas. Sus males. Su higiene". Habana, 1914. Es una obra admirable bajo todo concepto y bastaría para cimentar la reputación del autor, si ya no se hubiera acreditado más antes en la Medicina e Higiene de su país por otros merecimientos. Comparto en absoluto las ideas sustentadas por el doc-

(1) Véase "Gaceta Médica de Caracas", del presente año.

(2) Informaciones suministradas por el doctor Matías Duque, Director de la "Medicina Cubana"; coronel jefe de Sanidad del 4.º Cuerpo del E. L.; ex Director del Hospital de San Antonio (Hospital de Sífilis); ex jefe de los servicios sanitarios municipales de la Habana, ex Secretario de Sanidad y Beneficencia, etc.

tor Duque con respecto a prostitución y profilaxis de las enfermedades venéreas.

La lucha antivenérea, a su juicio, debe disponer de los siguientes medios:

1.º Reglamentación de la prostitución.

2.º Dispensarios gratis para reconocimiento y tratamiento de los enfermos que lo soliciten.

3.º Dar entrada en los hospitales a los enfermos que lo soliciten, y retenerlos en ellos hasta su completa curación.

4.º Declaración forzosa del mal por los médicos de las ciudades.

5.º Reconocimiento y curación forzosos en los cuerpos del Ejército y de la Policía.

6.º Declaración forzosa y semanal, por los empresarios de teatros y circos, de las enfermedades venéreas que pudieran padecer los componentes de su compañía.

7.º Obligación de las sociedades de beneficencia (regionales de Cuba), de denunciar casos de males venéreos y curarlos forzosamente y renovar el tratamiento cada vez que exista la probabilidad del contagio.

8.º Obligación de las industrias y de cualquier trabajo donde concurran núcleos de obreros, a denunciar los males venéreos existentes entre ellos.

9.º Castigo, como imprudentes temerarios en su grado mínimo, a quien conscientemente transmite un mal venéreo.

10. Castigo como autor de homicidio en su grado mínimo si se trata de blenorragia; en su grado máximo si se trata de sífilis, al que de un modo consciente transmita esos males.

11. Vigilar las escuelas públicas y a las nodrizas para reconocer los estados patológicos de ellas.

12. Dar conferencias públicas para propagar los conocimientos profilácticos de esos males; fundar museos y publicar cartillas indicatorias de la profilaxis y de lo terrible que son los males venéreos, que llámase cartillas venéreas.

En un artículo sobre enfermedades venéreas publicado por el mismo doctor Matías Duque (1) dice:

"Aquí en Cuba, existía una profilaxis contra esos males muy limitada, pero, en fin, había algo, aunque no fuera más que el núcleo de donde había que partir para combatir tan

(1) "Medicina Cubana", diciembre de 1920. Habana.

tremendos males, pero hoy no hay nada, se ha hablado muchísimo, eso sí, pero nada práctico se ha hecho; se suprimió lo que había, pero no se ha creado nada nuevo y con el fin de excitar, de levantar el espíritu, de mover el sentimiento de nuestras autoridades, en primer término las sanitarias.

XII

Bolivia, Méjico y demás repúblicas de la América Central

No obstante activas gestiones, no me ha sido posible obtener informaciones de los países mencionados en este capítulo.

APENDICE

Hago figurar en este Apéndice cuatro trabajos, de los cuales los dos primeros son aplicables a todos los países de América. A saber: I. "La defensa social contra el peligro venéreo y el secreto médico" y el otro: II. "Reacción de Wassermann. Necesidad de reglamentarla". Finalmente, el III encierra el plan norteamericano de lucha antivenérea, que publico por su alta importancia y porque demuestra a la vez los indiscutibles progresos de la gran nación americana en este sentido, y el IV encierra las resoluciones de la Conferencia de la Cruz Roja sobre enfermedades venéreas para los países del Norte de Europa. (Copenhague, 20-25 de mayo de 1921).

I

La defensa social contra el peligro venéreo y el secreto médico

En los actuales momentos en que una nueva asociación constituída, la "Liga Argentina de Profilaxis Social", ha iniciado una activa campaña contra las enfermedades venéreas en la Argentina, me ha parecido conveniente ocuparme de la declaración obligatoria de éstas por parte de los médicos.

No comparto en absoluto la opinión de los que sostienen que puede o debe suprimirse la prostitución, idea sostenida principalmente por tratadistas norteamericanos, consi-

derada como fuente principal de aquéllas, pero creo, sí, que debe ser reprimida en lo posible y vigilada por medio de medidas racionales y prudentes. Los abusos bien conocidos en los países reglamentaristas, sobre todo en Francia, con su **Police des mœurs** y hasta en la misma Argentina, han contribuído no poco a suministrar armas poderosas a los abolicionistas.

En la Capital Federal, lo he repetido no pocas veces, la prostitución ha sido siempre objeto de medidas inconsultas, persecuciones tenaces e injustificadas y a veces, de inconfesables explotaciones.

A mi ver, la prostitución constituye un mal social inevitable, por esta razón, es tan vieja como el mundo; más aún: debe considerarse como necesaria, mal que pese a los moralistas de gabinete **(en chambre** de los franceses), porque representa una verdadera válvula de escape para las pasiones de la humanidad y absurdo es perseguirla, **manu militari**, como se ha hecho entre nosotros. La prostituta, ser desgraciado, si lo hay, debe inspirar más que repulsión, lástima y perdón. Tender la mano a la mujer caída en el cieno de la abyección y el vicio, procurando por intermedio de asociaciones especiales de damas, su rehabilitación y regeneración, cuando sea posible, y velar sobre la prostituta incorregible y desalmada, a fin de que dañe lo menos posible a la sociedad en que vive, esos son los verdaderos propósitos que deben tenerse presente, en mi opinión, en una campaña tan ardua y tan erizada de dificultades de todo género como esta.

Desgraciadamente, la mentalidad de no pocos hombres, por una parte; la miseria, el lujo, la falta de educación moral de la mujer por otra, explican y explicarán siempre la prostitución. Pretender suprimirla en una época como la actual, de un erotismo lamentable, traducido en las costumbres, en los trajes, etc., es perseguir un ideal irrealizable, es correr detrás de sencilla utopía.

Corresponde a los educadores y miembros de las diferentes confesiones la profilaxis moral de la juventud y a nosotros, médicos sociólogos, la defensa social contra las enfermedades venéreas. Por desgracia, los primeros y los segundos se manifiestan remisos en la educación sexual, especie de **noli me tangere**, que miran con ojos prevenidos, a consecuencia de prejuicios seculares, cuando precisamente ella constituye la piedra fundamental de una eficiente lucha antivenérea.

La defensa social contra el peligro venéreo puede y debe realizarse por tres medios diferentes: de orden moral, médico y sociales, comprendiendo en estos últimos, la represión de la prostitución, la educación del peligro venéreo y las responsabilidades consiguientes en su propagación.

En este sentido, los Estados Unidos de América han realizado una obra sorprendente, dejando muy atrás a las principales naciones de Europa.

No me explico, o más bien sí, que por el hecho de haber sido clasificadas como vergonzosas o secretas, las enfermedades venéreas hayan escapado por mucho tiempo a la declaración obligatoria por parte de los médicos, a la par del cólera, la fiebre amarilla, la peste, la viruela, la difteria y tantas otras que figuran en la nómina respectiva de cada país. Si bien todas son o han sido mortíferas, ninguna se transmite a la descendencia como la sífilis.

Según Walter Clarke, sobre 49 Estados norteamericanos en 45 los médicos, etc., deben declarar las enfermedades venéreas; en 34 un venéreo que expone a otra persona, comete un delito; en 43 la sífilis y la blenorragia son reconocidas contagiosas y peligrosas para la salud pública; en 7 los médicos, etc., en la declaración deben indicar el nombre del enfermo; en 30, dicha declaración se hace por número; en 36, los médicos deben dar instrucciones impresas a sus enfermos; en 16, la venta de remedios antivenéreos está prohibida sin prescripción médica, etc., etc. Debo supender tan larga enumeración, porque con lo transcripto, basta para demostrar el rango atribuído más arriba a los Estados Unidos de América.

Una legislación destinada a defender la sociedad contra el peligro venéreo, debe establecerse sobre principios sólidos, que constituyan un plan general armónico. Dichos principios deben ser:

1.° Represión de la prostitución y prohibirla en absoluto a las menores de 18 años de edad;

2.° Educar debidamente a la mujer en las actividades propias de su sexo por escuelas profesionales y de economía doméstica, facilitándole el ejercicio de ciertas profesiones en las que no son admitidas hoy.

3.° Fundar asociaciones de señoras con idénticos propósitos que **L'œuvre libératrice** en Francia, tendientes a la rehabilitación y regeneración de las prostitutas por el trabajo, el ejemplo, la moral, etc.

4.° Procurar la curación de todos los venéreos—hombres

y mujeres — estableciendo el tratamiento obligatorio y gratuito de sus males.

5.º Crear en los centros de población dos dispensarios-tipo para la sífilis (1), uno de los cuales afectado especialmente a mujeres y niños y anexado a una maternidad.

6.º Crear un dispensario-tipo para enseñanza del tratamiento y profilaxis de la blenorragia, organizando al comienzo, dispensarios de este tipo en los hospitales especializados y después en los centros hospitalarios.

7.º Establecer la educación sexual en los establecimientos secundarios y superiores, base indispensable para alcanzar buenos resultados en la lucha antivenérea.

Para ejercer una influencia saludable, sería menester que los médicos pudieran denunciar las enfermedades venéreas. La mayoría de ellos considera que esta declaración constituye violación del secreto médico. No lo han comprendido así los Estados Unidos de América, puesto que en 45 Estados sobre 49, se considera obligatoria dicha denuncia para los médicos, etc.

En efecto: no es admisible que sea precisamente la higiene, la que sacrifique los intereses colectivos, los intereses de la raza, a un privilegio concedido al individuo, en nombre de una moral inverosímil, que sacrifica al inocente para proteger al culpable.

La obligación del secreto ha sufrido en estos últimos tiempos muchas restricciones y actualmente no es posible establecer el juramento de Hipócrates como dogma deontológico. Tratándose de la defensa de la sociedad contra la propagación de las enfermedades venéreas, la denuncia ante la autoridad sanitaria de los casos de sífilis y blenorragia no puede considerarse como violación del secreto médico.

En ciertos países se hace obligatoria la declaración de los casos de oftalmia blenorrágica; pero hay colegas que se escandalizan ante la proposición de que se denuncien las enfermedades venéreas, como si la oftalmia blenorrágica no fuera tal.

Tiene muchísimo fundamento el doctor Luis Razetti, distinguido médico venezolano, Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina de Caracas, cuando dice:

"Es necesario que, los que por razón de nuestra posición

---

(1) A ejemplo de los institutos profilácticos de la sífilis de París y Montevideo.

científica tenemos a nuestro cargo la dirección de una parte de la obra de cultura social, nos esforcemos por todos los medios de que podamos disponer, en demostrar que no hay enfermedades vergonzosas; que es lo mismo tener un cáncer que un goma sifilítico ulcerado en la cara. El día en que se haya fundado y extendido como debe fundarse y extenderse la educación sexual; el día que haya maestros que, desde su cátedra y con la mayor naturalidad del mundo, enseñen a los adolescentes lo que es la función sexual, tal como se les enseña hoy la reproducción de las plantas; el día que en vez de decirle al niño que los órganos genitales son órganos vergonzosos, se le diga, como debería decírseles, que esos son los órganos más nobles de la economía, porque tienen a su cargo la más noble de las funciones orgánicas: la reproducción; ese día principiará para la sociedad humana una época de verdadera moralidad individual y de verdadera solidaridad colectiva''.

Pero si los servicios sanitarios no están capacitados para establecer una defensa útil contra el peligro presentado por la enfermedad denunciada, los médicos, en mi opinión, no pueden estar obligados a la declaración. Es exactamente lo que sucede entre nosotros con respecto a la tuberculosis. Tan deficiente es nuestro armamento antituberculoso que las autoridades sanitarias no contarían con elementos indispensables de profilaxis y tratamiento, para poder atender a los enfermos tuberculosos que fueran declarados por los médicos en la proporción existente en realidad.

Lo mismo tendría que suceder con las enfermedades venéreas, en el caso de que su declaración se hiciera obligatoria. La Capital Federal no dispone hasta hoy de los elementos necesarios para una lucha antivenérea: reglamentación moderna de la prostitución (llamada perfeccionada por los franceses), dispensarios e institutos convenientemente instalados y funcionando a horas adecuadas, hospitales y servicios especiales, etc., en una palabra, para que con la debida corrección y extensión requeridas, puedan aplicarse los modernos tratamientos de la blenorragia y la sífilis.

En resumen, pues, la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas ante la autoridad, hecha de acuerdo con los requisitos del caso, no constituye violación del secreto médico, porque se hace con justo y poderoso motivo y no es, por consiguiente, divulgación del secreto médico.

He dicho ya que, en los Estados Unidos, 45 Estados so-

bre 49 han adoptado la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas. En 1919 fueron denunciados 239,509 casos ante la autoridad sanitaria, lo que da la proporción de un enfermo por cada 459 habitantes.

La declaración obligatoria de las enfermedades venéreas constituye, según el doctor Walter Clarke, el alma de la legislación moderna antivenérea. El día en que las enfermedades venéreas sean denunciadas sistemáticamente y la autoridad sanitaria pueda obligar a todos los enfermos a seguir el tratamiento racional y suficientemente prolongado, ese día podrá decirse que la defensa social contra el peligro venéreo será un hecho positivo. El ideal de la lucha contra toda enfermedad transmisible es lograr la curación de todos los enfermos portadores del germen. Si en una localidad, ningún individuo padece de sífilis, esta enfermedad no existirá realmente en dicha localidad.

No pienso, como algunos lo creen, que la declaración obligatoria pudiera ser motivo de **chantage,** ni tampoco que ella obligue a echarse en manos de los charlatanes.

La declaración obligatoria podría efectuarse de dos maneras, a saber: 1.º Que el médico declarara tener un cliente sometido a tratamiento racional por él dirigido; entonces denunciaría el caso sin designar el nombre del enfermo, añadiendo que está sometido a tratamiento racional y prolongado; 2.º Que el médico declarara que tiene un cliente que, a pesar de sus consejos, rehuye someterse a tratamiento racional y prolongado; en este caso denunciaría el caso con nombre, apellido y domicilio, porque ese sujeto es peligroso para la comunidad y porque su rebeldía lo hace indigno de todo género de consideraciones. A los enfermos rebeldes, las autoridades sanitarias los obligarían a someterse a tratamiento conveniente. Precisamente en este caso está una buena parte de las prostitutas, que por interés de seguir ganando la vida con el comercio carnal, no se someten a tratamiento prolongado; y los perversos, principales transmisores de las enfermedades venéreas, que a sabiendas de que son portadores de una enfermedad transmisible, no tienen escrúpulo de contagiar a una desgraciada mujer.

Opino que nuestro medio social no está todavía preparado para recibir el alto beneficio de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas, que también, por otra parte, encontraría gran resistencia e indudable oposición en el cuerpo médico residente, que en su mayor parte no da cumplimiento a la declaración obligatoria de las enfer-

medades infecto-contagiosas comunes, que en verdad no son ni **vergonzosas**, ni **secretas**. En resumen, para penetrar abiertamente en el camino señalado por la ciencia moderna, podría por lo pronto obligarse a los médicos a declarar a la autoridad sanitaria, con la discreción debida, únicamente a los portadores de enfermedades venéreas (hombres y mujeres), que se negaran obstinadamente a seguir un tratamiento racional y suficientemente prolongado.

Al reglamentarse esta disposición se adaptarían, como es natural, las medidas para poner a salvo la personalidad del médico, y para no divulgar el secreto de su enfermedad.

II

Reacción de Wassermann. — Necesidad de reglamentarla

Pienso que ha llegado el momento en que la primera autoridad sanitaria del país, el Departamento Nacional de Higiene, debe reglamentar la práctica de la reacción de Wassermann, para cortar los abusos que se vienen cometiendo desde algún tiempo atrás. En efecto: numerosas farmacias y laboratorios anuncian en sus prospectos o vidrieras, que se encargan de realizar la reacción de Wassermann y en no pocos casos, quien sabe cómo se llevan a cabo las operaciones, a tal punto de que es frecuente observar en la práctica, que los médicos se ven obligados a requerir dos o más reacciones para poder compararlas entre sí.

El Ministerio del Interior de Alemania **(Reichsminister)** dirigió a los Gobiernos de los Estados alemanes, con fecha marzo 27 de 1920, una circular adjuntando las instrucciones para la práctica de la reacción de Wassermann (Anexo I) y prescripciones relativas a los extractos y amboceptores empleados para la misma reacción. (Anexo II).

El anexo I en la intención del "Reischsgesundheitsrat", no constituye un esquema rígido e invariable para efectuar la reacción de Wassermann, es solamente una instrucción para los laboratorios de ensayos respectivos, indicando el mínimum exigido por los ensayos profesionales, públicos u oficiales. No está prohibido aplicar otros métodos con fines privados, pero la responsabilidad en lo que respecta a la garantía del resultado obtenido, incumbe entonces entera y únicamente al experimentador.

Además de la publicación de instrucciones para la prác-

tica de la reacción de Wassermann y la obligación impuesta de un control del Estado para los extractos y ambocептores, el "Reichsgesundheit", en vista de obtener que la reacción de Wassermann sea practicada de manera segura y en todas partes uniforme, considera como necesarios y recomienda adoptar las disposiciones siguientes:

1. La autorización de practicar profesionalmente la reacción de Wassermann debe ser limitada a los laboratorios de ensayos apropiados a este efecto y dirigidos por médicos, teniendo instrucción previa suficiente. La autoridad competente del país da, a título revocable, las autorizaciones para practicar profesionalmente los ensayos y ejerce una vigilancia constante sobre los establecimientos así autorizados. La autorización es acordada solamente mediante la condición previa de que el Director del establecimiento de ensayos haya justificado conocimientos científicos necesarios y que un examen del personal subalterno (asistentes y asistentas), empleado en los ensayos, haya probado su capacidad. El nombre y ubicación de los establecimientos de ensayos a los cuales la autorización de practicar la reacción de Wassermann sea acordada o retirada, deben ser publicados por la autoridad competente del país y notificados por ella al "Reichsgesundheit". Además, al principio de cada año, la autoridad competente del país publica la lista de los establecimientos de ensayos actualmente autorizados. La autorización de la autoridad competente para la práctica de la reacción de Wassermann no es obligatoria en los casos en que el médico ausente se sirve de la reacción únicamente para enfermos de su propia clientela, con fin de diagnóstico.

La institución de tal concesión obligatoria para la práctica de la reacción de Wassermann a título profesional, ha sido juzgada necesaria por el "Reichsgesundheitsrat", porque esta reacción exige una técnica tan delicada que un experimentador insuficientemente entrenado, aún disponiendo de reactivos irreprochables y de documentos que describan exactamente la manera de operar, está aún expuesto a múltiples causas de error, que corren riesgo de llevarlo a un falso diagnóstico. En razón del carácter de gravedad ligado a las apreciaciones fundadas sobre el resultado de la reacción de Wassermann y considerando el hecho que, todas las veces que en un enfermo sifilítico, por culpa del autor de la reacción, la sífilis es desconocida, el establecimiento de falso diagnóstico basado sobre errores de técnica, es susceptible de favorecer la propagación de

la enfermedad; es, pues, de interés general imperioso, no confiar la ejecución de la reacción de Wassermann, sino a personas que poseen, en el dominio de las investigaciones serológicas, instrucción previa aprobada y experiencia suficiente.

En muchos Estados extranjeros la práctica de la reacción de Wassermann ha quedado reservada, a consecuencia de circunstancias o en virtud de disposiciones reglamentarias, a institutos serológicos determinados.

Conviene, pues, en la Argentina reglamentar la reacción de Wassermann y esta misión le incumbe, precisamente, al Departamento Nacional de Higiene. Así se evitará lo que a menudo sucede entre nosotros, que sea efectuada por experimentadores, que no tienen, ni los conocimientos especiales, ni la experiencia necesaria. En consecuencia, la confianza que deben inspirar los resultados de los exámenes sufre y no es raro que, para un mismo caso de sífilis, apreciaciones absolutamente contradictorias resulten de los diversos análisis.

Debe, pues, establecerse un método seguro y uniforme para la reacción de Wassermann, aún después que se haya instituído el control del Estado sobre los extractos y amboceptores.

2. Para la ejecución de la reacción de Wassermann debe establecerse una tarifa mínima obligatoria y para los extractos y amboceptores, que sirven a la reacción, una tarifa máxima, porque así se evitarán los abusos frecuentes observados en la práctica.

Por otra parte, la fijación de una tarifa máxima para los extractos y amboceptores tiene por objeto evitar precios demasiado elevados, exigidos por esos mismos reactivos para ciertos casos.

3. Las farmacias deberán tener siempre disponibles vasos destinados al envío de material a examinar para la reacción de Wassermann.

En Alemania, a partir del 1.º de enero de 1921, se prohibe absolutamente a los no médicos la práctica de la reacción de Wassermann. Los médicos tienen que justificar la competencia necesaria al efecto y comprometerse a seguir para la ejecución de la reacción, las instrucciones oficiales y a no emplear sino extractos y amboceptores controlados por el Estado y a no tener como personal subalterno sino empleados reconocidos, después de examen, capaces de servir de asistentes en la práctica de la reacción.

Sería, pues, de desear que el Departamento Nacional de Higiene tomara en cuenta las consideraciones precedentes y procediera en consecuencia.

III

Plan norteamericano para concertar una acción conjunta de las dependencias nacionales y asociaciones privadas, a fin de combatir las enfermedades venéreas.

Origen del plan. — El plan americano (así llamado), representa el resultado de muchos años de investigación científica para el contralor de las enfermedades venéreas en sus fases médica, legal, social y moral. El nombre, sin embargo, ha sido originado por las actividades conjuntas del Gobierno, representadas por las oficinas del cirujano general; las Comisiones de Guerra y Armada en el campo de las actividades de enseñanza; la Oficina de Higiene Social en los departamentos de Estado; el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; la División de Enfermedades venéreas y la Asociación Americana de Higiene Social. La última organización ha estado desarrollando rápidamente su programa desde 1914 y con el advenimiento de la guerra, halló oportunidad para prestar ayuda creciente al Estado y autoridades federales y al mismo tiempo urgiendo al Congreso para que iniciara una amplia campaña oficial en toda la nación. Semejante campaña fué hecha posible y ha sido continuada, como en el proyecto del tiempo de paz, por medio de medidas apropiadas del Congreso para la obra de la Oficina de Higiene Social en los departamentos y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Los departamentos de salud de varios Estados y otros elementos, respondiendo a este espléndido estímulo, promueven activamente la obra de contralor de las enfermedades venéreas, como parte importante de un programa regular.

Por qué el plan es necesario. — El monto estimado de infecciones venéreas en la vida civil y las tremendas pérdidas económicas de ellas resultantes, necesitan un valeroso esfuerzo para dominar la situación. Ningún grupo de enfermedades conocidas por la ciencia, determina más miseria trágica, sufrimientos e irreparables perjuicios. Ningún grupo de enfermedades ha sido más firmemente estudiado y que aparentemente dé seguridad en el ataque.

La retardación en el ataque fué debido, principalmente, al hecho que hasta hace pocos años su discusión era prohi-

bida y que la ciencia ha descubierto recientemente los hechos esenciales sobre los cuales se pueden basar las medidas de contralor y lo poco que sobre ellas conociera el público en general.

Las infecciones son habitualmente el resultado de las relaciones sexuales y esta era una razón más agregada, para que su discusión estuviera limitada dentro de la profesión médica.

Pero ahora, esta actitud de parte del público ha cambiado con rapidez. Las gentes han llegado a saber que las enfermedades venéreas pueden, con tratamiento adecuado, ser curadas y prevenidas si los individuos de la comunidad son instruídos con respecto a la blenorragia y la sífilis.

Lo que constituye el plan. — El plan americano abarca la obra de prevención y tratamiento en los cuatro puntos siguientes:

I. *Medidas educacionales e informativas,* para difundir informaciones adecuadas y exactas con respecto a enfermedades venéreas en el público.

a) Promover la educación de higiene social, incluyendo la educación sexual en el hogar, escuela, iglesias e industrias.

b) Guiar la conducta sexual de los individuos socialmente en vías constructivas desde la niñez.

Los métodos educacionales y materiales son:

1) Conferencias.

2) Vistas fijas y films y otras exhibiciones gráficas.

3) Impresos y folletos.

4) Publicidad y advertencias generales adoptadas a propósitos educacionales.

II. *Medidas médicas tendientes a producir un contralor completo de las enfermedades venéreas.*

a) Proveer facilidades adecuadas y convenientes para el diagnóstico de las personas infectadas.

b) Una provisión más uniforme para el tratamiento de las enfermedades venéreas por medio de dispensarios y hospitales generales.

c) Perfeccionamiento del tratamiento técnico por parte de los médicos prácticos.

d) Investigaciones continuadas para perfeccionamiento ulterior del diagnóstico y tratamiento.

e) Recurrir más frecuentemente a la clínica y al laboratorio para revelar la sífilis.

III. *Medidas tendientes a la confección y vigencia de leyes.*

a) El bosquejo y prosecución de una legislación adecuada sobre higiene social.

b) Contralor de las habituales e incorregibles personas que ofenden al público.

c) Medidas necesarias para proteger al público general y particularmente a las jóvenes culpables de la comunidad, incluyendo medidas para su rehabilitación.

d) Suministrar consejos y advertencias a los ciudadanos y empleados, con respecto a la ventaja y necesidad de aplicar ciertos métodos de procedimiento para asegurar la aplicación de las leyes.

IV. *Medidas recreativas* para estimular los esparcimientos en la comunidad, desarrolladas y sostenidas por asociaciones con tal fin.

Recreos sanos y adecuados para el público que deberán ir muy lejos en el sentido de contrarrestar las ofertas viciosas del mundo.

La Asociación Americana de Higiene Social representa una organización voluntaria y no oficial, con propósitos nacionales. Coopera directamente con los agentes gubernativos encargados de aplicar el plan americano. Estos grupos gubernativos son: Oficina de Higiene Social de los departamentos, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Oficina de Educación de los Estados Unidos, Ejército y Armada de los Estados Unidos, Departamentos de Sanidad de los Estados y Oficinas locales de sanidad.

La Asociación a menudo sirve como vínculo de unión entre las dependencias gubernativas y las organizaciones que, totalmente o en parte, están comprometidas para desarrollar el plan americano. Tales organizaciones son: secciones de la Cruz Roja americana, escuelas y colegios, establecimientos industriales, Y. M. E. A's, Y. V. C. A's, Y. M. H. A's, Caballeros de Colón, organizaciones cívicas y muchos otros clubs o sociedades.

El éxito de la campaña según el plan americano, dependerá, en último análisis, del público americano. Una fría y atenciosa actitud perjudicará grandemente la efectividad de muchas medidas.

En cambio, un verdadero interés y un apoyo caluroso de los hombres y mujeres de América asegurará el éxito. Y esta opinión pública o apoyo, no vendrá de nuestros vecinos o amigos. ¡Dependerá de usted!

Usted individualmente puede contribuir a llevar adelan-

te la más importante campaña sanitaria jamás emprendida, una campaña que alcanzará, no solamente la prevención y cura de la enfermedad, sino que también difundirá ideas fundamentales de vida y manera de existencia esenciales a todos.

Si usted necesita informaciones o publicaciones o alguna cosa pertinente a higiene social, están a su disposición los materiales de cualquiera de sus departamentos, con dirigirse simplemente a:

American Social Hygiene Association
105 West Fortieth Street
New York, N. A.

IV

Resoluciones de la Conferencia de la Cruz Roja sobre enfermedades venéreas para los países del Norte de Europa.

(Copenhague, 20-25 de mayo de 1921)

La Conferencia, después de examinar las medidas generales adoptadas en los países representados (1) para combatir las enfermedades venéreas y basándose en las experiencias hechas, considera unánimemente:

1.° Que a las autoridades sanitarias responsables incumbe facilitar medios de diagnóstico y tratamiento que permitan hacer no contagioso el mayor número posible de personas contaminadas, lo que tiene importancia capital para la reducción de las enfermedades venéreas. Conviene insistir sobre la necesidad de empezar el tratamiento al iniciarse la enfermedad. Proponemos que se pongan gratuitamente a disposición de todos los enfermos los medios necesarios, único modo de que puedan disfrutar de ellos de una manera completa.

2.° Que la cuestión del tratamiento y de la declaración obligatorios sea resuelta por cada nación separadamente, basándose en la experiencia y teniendo en cuenta los recursos y la mentalidad de las poblaciones interesadas.

---

(1) Alemania, Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña, Noruega y Suecia.

3.º Que una enseñanza teórica y práctica sobre las enfermedades venéreas y su tratamiento, sobre todo en las primeras manifestaciones de la enfermedad, debe formar parte del programa de estudio de todos los estudiantes de Medicina, exigiéndose un examen sobre esta asignatura para obtener el título.

4.º Que esta enseñanza debe darse en los servicios venereológicos, para que los estudiantes tengan ocasión de perfeccionarse en el diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades.

5.º Que la reglamentación y la tolerancia oficial de la prostitución profesional, son incapaces de cortar la propagación de las enfermedades venéreas, pudiendo convertirse en un peligro, por el hecho de las apariencias de la sanción oficial a un tráfico inmoral.

6.º Que la creación de hospicios y de refugios para las jóvenes que padecen enfermedades venéreas, es un excelente medio de impedir la propagación de dichas enfermedades.

7.º Que la organización de diversiones sanas constituye un factor importante para disminuir las tentaciones que pueden conducir a la infección venérea.

8.º Que la instrucción del público en lo que se refiera a las medidas necesarias para reducir en lo mínimo el peligro de infección y la necesidad de un tratamiento completo, constituye una parte esencial de toda campaña antivenérea. Esta instrucción se dirigirá sobre todo a los padres y a los maestros y los pondrá en condiciones de explicar claramente a los niños las leyes de la reproducción, haciendo comprender a los adolescentes su responsabilidad personal, con respecto a la generación futura. Deberán formar parte del programa de estudios de los maestros, cursos especiales sobre esta materia.

9.º La Conferencia aprueba enteramente los esfuerzos realizados por las sociedades mencionadas de la Cruz Roja, para secundar a las organizaciones gubernativas oficiales en los países donde las circunstancias autorizan y necesitan esta clase de actividades y para apoyar la obra de las organizaciones voluntarias en la campaña antivenérea. También aprueba los esfuerzos hechos por la Liga de Sociedades de la Cruz Roja para coordinar la obra de las sociedades voluntarias que cooperan a esta campaña en el mundo entero.

Erupçoes arsenicaes (post-salvarsanicas)

PELO DR. HILDEBRANDO PORTUGAL (Rio de Janeiro)

Auxiliar da Clinica do Professor F. Terra (Rio de Janeiro)

A therapeutica de Erlich se contribuio para o alivio de um dos males que mais flagella a humanidade, trouxe porem entre os seus beneficios uma serie de damnos lamentaveis. Os accidentes fataes da arsenotherapia foram, em dado momento tão communs, que não faltou quem affirmasse produzir o salvarsan igual somma de beneficios e maleficios. Si bem que hoje os accidentes da salvarsanotherapia não sejam tão temiveis graças aos meios preventivos postos em pratica, ha alguns entretanto, em que nossos esforços para evita-los são completamente falhos. Referimo-nos ás erupções que succedem ao emprego de grandes doses do 606 e do 914.

Os casos de nossa observação offereceram-nos ensejo para ensaio de uma therapeutica que logrou magnificos resultados.

ETIOLOGÍA

A etiologia dos exanthemas post salvarsanicos ainda é objecto de controversias autre os syphilographos.

Paul Schiff (1) divide as opiniões em 3 grupos: 1.º theoria microbiana; 2.º theoria anaphylactica ou hemoclasica: 3.º theoria toxica.

Ao primeiro grupo se filiam Erlich e sua escola, Milian e Pinkus. Erlich attribue o principal papel aos germens contidos nas aguas distilladas do commercio. Milian acredita que se trata de uma infecção concomitante, ou da exaltação de um processo infectuoso latente. Para Pinkus e Glombitza seria uma simple variedade da reacção de Herxheimer.

A theoria colloidoclasica defendida por Widal e sua escola explica o phenomeno pela incapacidade do figado em elaborar completamente os colloides. Essa idéa porem já tinha sido emitida en 1911 pelo Dr. Ravaut, que attribuia o phenomeno á um choque anaphylactico. A terceira theoria, que explica o phenomeno como intoxicação devido ao

---

(1) **Paul Schiff.**—La genèse des erythèmes post-salvarsaniques. "Annales des maladies vénériennes", maio de 1921.

nucleo arsenical do arsenobenzol é a nosso ver a mais acertada. Hoke e Rihl foram os primeiros a defender essa idéa baseados em estudos experimentaes. Fleig (1) parece adoptal-a: explicando accidentes vasculares do arsenobenzol diz que a acção toxica é devida á reacção entre o grupo OH do 606 e as proteinas do sangue, produzindo uma combinação phenonolica da albumina. Pistorius e Heubner identificam os accidentes nervosos do arsenobenzol aos disturbios que se observam em outras intoxicações arsenicaes. O proprio Milian (2) se inclina para esse modo de ver em um artigo dado á estampa no "Paris Medical" (em collaboração com Burnier) em fevereiro de 1914.

Queyrat (3) adopta a mesma maneira de pensar. Na nossa opinião esses phenomenos cutaneos, que alguns autores, entre os quaes Sutton, (4) descrevem hoje como uma toxidermia nova, posterior á descoberta de Erlich, nada mais são do que as erupções observadas ha muito nos envenenamentos pelos compostos do arsenico. A erupção arsenical é assignalada na litteratura pela primeira vez por Imbert Gourbayre em 1857 em uma monographia intitulada "**Histoire des éruptions arsenicales**", na qual chama a attenção para os perigos do emprego de doses immoderadas de arsenico.

Power (5) relata uma occurrencia que se deu em 1818 em Brington, na qual morreram 13 crianças das 29 intoxicadas pela applicação de um pó contendo 50 o|o de arsenico.

Os antigos e modernos pathologistas são unanimes em descrever o symptoma cutaneo da intoxicação arsenical. Grisolle (6), Jaccond (7), Dieulafoy (8), Brouardel (9), assignalam sempre no quadro clinico do arsenicismo a erupção cutanea. Os dermatologistas por seu lado incluem sempre nas causas de toxidermia os compostos arsenicaes.

---

(1) **Fleig.**—La toxicité du salvarsan, pág. 70.

(2) **Milian et Burnier.**—"Paris Médical", 1914.

(3) **Queyrat.**—"Bulletin de la Soc. Française de Dermatologie", Janeiro. 1921.

(4) **Sutton.**—Diseases of the skin, págs. 330 y 334.

(5) **Power.**—"Rep. Med. of Local Government" (Segundo Marrow).

(6) **Grisolle.**—Traité de Pathologie interne, tomo II, pag. 12.

(7) **Jaccoud.**—Pathologie interne, tomo III, pág. 827.

(8) **Dieulafoy.**—Pathologie interne, tomo IV, pag. 904.

(9) **Brouardel.**—Etude sur l'arsenicisme. Apud Dieulafoy.

Bazin (1), Brocq (2), Marrow (3), Rollet (4), Darier (5) e Meneau (6) relatam casos de origem arsenical.

A erupção post salvarsanica é observada desde as primeiras applicacções do 606. Georges Thibierge e Ravaut (7) nos relatam 3 casos em 1911. Gougerot (8) ultimamente (1920) faz identica affirmação.

PATHOGENIA

Póde dizer-se que actualmente todas as opiniões são concordes em attribuir a uma insuficiencia hepatica a producçao do erythema arsenical. A idéa partida de Hoffmann baseado nas experiencias de Stuerzberg foi acceita por Milian, por Emery e por outros.

Widal e Glombitza embora explicando por outra causa, que não o effeito toxico do nucleo arsenical, acceitam igualmente a hypothese da insuficiencia hepatica.

Temos para nós, que o rim se associa quasi sempre ao figado nesse máo funccionamento. Nas nossas observações a albuminuria e a retenção de chloreto de sodio, eram sempre apreciaveis. Não tentamos a prova de Castaigne por causa do estado precario de nossos doentes. Parece portanto, que graças á essa deficiencia dos organs antitoxicos, o arsenico, consoante o pensamento de antigos auctores, se elimina pela pelle. Chatin (9) chegou mesmo a caracterisa-lo no liquido de uma vesicula de um individuo victima da erupção toxica.

Bergeron e Lemaitre (10) encontraram arsenico em iden-

---

(1) **Bazin.**—Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles.

(2) **Brocq.**—Précis de pratique dermatologique, 1901.

(3) **Marrow.**—"Journal of cut. and ven. diseases", junho de 1886, pag. 195.

(4) **Rollet.**—"Annales de Dermatologie et syphiligraphie", tomo I, pag. 880.

(5) **Darier.**—Précis de dermatologie, 1918, pág. 184.

(6) **Meneau.**—Les dermatoses arsenicales. "Ann. Dermatolog. et syphil.", Março 1897.

(7) "Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux", novembro, 1911.

(8) **Gougerot.**—Traitement de la syphilis, 1920, pag. 126.

(9) **Jaccoud.**—Loc. cit.

(10) Segundo Morrow.—Loc. cit.

ticas condicções no suôr. Acreditam taes auctores que o arsenico eliminado pela pelle produziria os mesmos phenomenos que a applicação externa desse corpo póde determinar. Modernamente, nessa mesma orden de idéas Hoke e Rihl (1) demostraram que os saes arsenicaes produziam uma paralpsia das terminações esplanchnicas da pelle, causadora de uma vaso dilatação cutanea. Morrow aliás em 1886 já emittira a opinião de que o arsenico é um modificador da circulação capillar da pelle.

FORMAS CLINICAS E SYMPTOMAS

De accordo com a observação de diversos auctores as erupções salvarsanicas podem ser classificadas no seguinte quadro:

- Erupções salvarsanicas
  - Localisadas
  - Generalisadas
    - Immediatas
      - Exanthemas idiosyncrasicos.
      - Crises nitritoides cutaneas.
    - Tardias ou toxicas
      - Erythemas associados a
        - Papulas
        - Vesiculas
        - Bolhas
      - Melanodermia
      - Hyperkeratoses

Os localisados se observam no ponto da injecção venosa do neosalvarsan e nas applicações topicas, em ulceras phagedenicas tropicaes, do pó do mesmo sal.

1. As **immediatas** não estão ligadas a toxicidade do composto arsenical. A causa póde ser attribuida á idiosyncrasia, identico ao que se observa para com outros medicamentos (antipyrina, quinina, aspirina, etc.), ou então á uma manifestação cutanea da crise nitritoide.

A primeira variedade é muito semelhante á erupção escarlatiniforme. Os mesmos phenomenos de febre, angina,

---

(1) **Paul Schiff.**—Loc. cit.

etc., são observados. Paul Schiff e Silvestre (1) e Ravaut tem isolado doentes com erythema salvarsanico, conforme elles proprios o declaram, suppondo tratar-se de escarlatina. A idiosyncrasia, aqui, como sempre, se manifesta sob a forma de urticaria, de preferencia. A crise nitritoide cutanea, se assim for permitido dizer, é tambem de apparecimento precoce, mas cede com a administração da adrenalina.

2. **Tardias ou toxicas.** — A forma inicial dessas modalidades é um rubor pruriginoso da pelle, variavel conforme a evolução posterior; segue-se o apparecimento dos elementos que se associam ao erythema.

A forma erythemato-papulosa é raramente observada; Sylvestre e Golay (2) recentemente observaram dois casos dessa natureza após o emprego do 914.

Devergie (3) entretanto, em 1897 já observara esse typo em um individuo que fizera uso prolongado de um composto arsenical.

O erythema vesiculoso é mais frequente e é descripto por quasi todos os auctores modernos. Antes do uso dos arsenobenzoes essa forma eruptiva tinha sido observada por Orfila, por Morrow e por Bazin resultante do uso de outros derivados do arsenico.

Um dos primeiros casos occorridos entre nós foi observado pelo Professor Terra (4) em um individuo de nacionalidade italiana, após 3 applicações de 914 e 200 injecções da cacodylato de sodio.

Na erupçao erythemato-bolhosa estão incluidas variedades muito curiosas. Werneck Machado relata o caso em que uma erupção zosteriforme typica com localisação supra-orbitaria appareceu 6 horas após a injecção. Em 1886 Julius Burger (5) assignalou o mesmo phenomeno em um individuo que fizera uso prolongado do arsenico.

Recentemente Nicolas e Massia descrevem mais de um caso de pemphigo foliaceo sequente ao uso do 914. Em 1896

---

(1) **Schiff e Sylvestre.**—Un cas d'erythème post-salvarsanique à type d'escarlatine. ''Annales des mal. vén.'', fevereiro, 1921.

(2) **Sylvestre e Golay.**—''Ann. des mal. vén.'', junho de 1921.

(3) Segundo **Meneau.**—Les dermatoses arsenicales, ''Ann. de Derm. et syph.'', março de 1897.

(4) ''Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia'', maio de 1914.

(5) Wiener Med. Wochensc., 1886.

Juliano Moreira (1) observou um caso de pemphigo arsenical produzido pela administração do licor de Fowler.

A melanodermia e a hyperkeratose não tem sido muito observadas, como resultante do salvarsan e por isso poupamo-nos o trabalho de descreval-as. Notamos, no entanto, que após o desapparecimento dos outros elementos eruptivos persiste sempre uma pigmentação escura da pelle, destribuida de modo homogeneo e symetrico. Esse phenomeno observado por antigos dermatologistas foi interpretado por Gubler, não como uma combinação chimica, como sucede na argyria, mas como uma pigmentação anomala.

A alopecia acompanha sempre essa melanodermia. Weyss em 1886 julgou tratar-se de um disturbio da nutrição dos nervos trophicos dos folliculos pillosos.

TRATAMENTO

Diversos tratamentos têm sido ensaiados para combater a erupção. As applicações locaes são inuteis e até prejudiciaes. Milian aconselha como aliás a todos os accidentes do neosalvarsan o emprego da adrenalina. Essa substancia tem falhado completamente em nossas observações. Mac Donald prescreve em casos taes a intramina. O enxofre colloidal tambem foi aconselhado, mas não deu resultado nos nossos casos.

Ravaut emprega o hypo-sulfito de sodio na dose de 6 a 10 grs. **per os** e 2 a 7 cc. da solução a 20 o|o, em injecções venosas. Não usamos esse medicamento em nossos doentes.

O Dr. Moura Costa, que nos orientou no presente trabalho, nos informou que esse medicamento não deu resultado em doentes por elle observados.

A auto hemotherapia foi tambem por nós usada sendo absolutamente inutil.

Tendo falhado todos os medicamentos indicados por differentes auctoridades resolvemos usar as grandes injecções de sôros assucarados. Essa idéa nasceu do conhecimento que tinhamos da obra de Charles Fleig. Esse auctor após um trabalho extenuante demonstrou, que as preparações de 606 feitas com os sôros assucarados isotonicos eram 8.2 vezes menos toxicas que obtidas com sôro chloretado (0,055 de sal em sôro physiologico matavam 1 kilogramma de

(1) Temos conhecimento desse artigo através o trabalho de Meneau.

animal, ao passo que com o sôro assucarado essa dose se elevava a 0,451).

O emprego dos assucares em therapeutica é mais ou menos recente. Segundo Lauder Brumpton (1) foi introduzida na therapeutica cardiaca pelo Dr. Gouslton em 1911, que os usava sob a forma granulada na asthenia myocardica. Entretanto Lokce em 1895 já usava experimentalmente, para sustentar os batimentos do coração isolado dos mammiferos e assignala a superioridade da glycose.

O Dr. Lo Monaco preconisou o uso dos assucares no tratamento da tuberculose. Sergent, Gimbert e Haas (2) empregaram em injecções no dóse de 5,0 grs. por 5 cc. de agua distillada. Naturalmente a acção benefica sobre o apparelho respiratorio corre á custa do gaz carbonico eliminado pelos pulmões.

A acção diuretica foi verificada por Fleig (3) que affirmou produzirem os assucares "l'élimination de produits organiques chimiquement toxiques ou des sels minéraux physiquement nocifs".

Castaigne (4) gaba os effeitos dos sôros assucarados, como diureticos, indicando seu emprego principal na anuria secretoria e calculosa.

Segundo Fleig (5) a glycose é dos assucares o que possue maiores propriedades medicamentosas, porque poupa o trabalho renal, eliminando-se em parte pelos pulmões.

Ha duas variedades de sôro glycosado — isotonico e hypertonico — cujas formulas são as seguintes:

	Isotonico	Hypertonico
Glycose	45 grs.	100 a 300 grs.
Agua distillada . .	q. s. p. 1000	q. s. p. 1000 cc.

Usamos sómente o sôro isotonico, em injecções quasi sempre sub-cutaneas. Todos os auctores são unanimes em mostrar os perigos dessa via porque o assucar como bom meio de cultura, facilita a producção de abcessos. Somos teste-

(1) **Brumpton.**—Thérapeutique de la circulation, trd. Dr. François, pag. 233.

(2) **Sergent.**—"Journal de méd. et cliniq. pratique", setembro de 1918.

(3) **Fleig.**—La toxicité du salvarsan, pag. 98.

(4) **Castaigne.**—Maladies des reins, pag. 298.

(5) "Gazette des Hôpitaux", fevereiro de 1921.

munhas desses inconvenientes, pois observamos no ponto de uma dessas injecções o desenvolvimento de abcesso. A via muscular não é usada por causa da grande massa liquida a injectar. A via venosa é a ideal por causa da rapidez, do effeito, da ausencia da dor, e do perigo da abcedação. Entretanto, forçoso é confessar, raramente se usa essa via por causa da impossibilidade da puncção da veia determinada pela erupção.

A dóse a usar varia de 50 cc. a 250 cc. diariamente. Geralmente por via venosa 50 a 100 cc. são sufficientes, ao passo que a via cutanea requer o emprego de 250 cc. A duração do tratamento varia de duas semanas a um mez de accordo com a gravidade da erupção. Em regra as 2 primeiras applicações melhoram o estado do doente, fazendo nascer a confiança no seu espirito e animo para acceitar o tratamento, que a primeira vista parece penoso. Os 3 casos que observamos no curto espaço desses 4 mezes ultimos, tem estado até hoje sob nossas vistas, em perfeito estado de saude e tolerando até o tratamento mercurial, que resolvemos prescrever-lhes.

Observação 1.—Nome, L. P.; edade 26 annos; italiano, branco, sapateiro.

Contrahiu syphilis em fevereiro do corrente anno. No periodo inicial matriculou-se no ambulatorio do Hospital a cargo do doctor Moura Costa. Iniciando o tratamento com 0.15 o doente chegou a tomar 0.60 na 7.ª applicação, perfazendo um total de mais de 3 grammas. Logo após a 7.ª injecção os primeiros symptomas eruptivos começaram a manifestar-se por sensação de prurido intenso e rubor nos ante-braços; passadas 24 horas esses phenomenos se generalisaram acompanhando-se de pequenas vesiculas. A dilatação destas ultimas deu lugar a constituição de crostas amarellas e pouco espessas.

Exame do tegumento cutaneo. O paciente é portador de uma erupção polymorpha, cujos elementos eruptivos são na sua maioria crostas e vesiculas alem do erythema em grandes placas. Todos esses elementos se dispõem sem ordem e symetricamente nos differentes segmentos do corpo, tendo, porem accentuada preferencia para as dobras cutaneas do joelho, do cotovelo, da axilla, etc. Nada de anormal nas unhas. Ligeira alopecia.

O exame das urinas revelou a presença da albumina e certo grão de retenção de chloreto de sodio (4.0 por litro).

Tratamento.—Iniciamos tratamento externo com applicação de pasta de zinco afim de attenuar o prurido; como este se mostrasse rebelde abandonamos o tratamento local.

Prescrevemos a principio grandes doses de alcalinos, introduzidos "per os". Ao cabo de uma semana, como a situação ficasse inalte-

rada, empregamos injecções intra-musculares de adrenalina (0.0005) sem resultado. Passados 10 dias applicamos 12 injecções de enxofre colloidal; a principio o doente sentiu algumas melhoras, parecendo mesmo a erupção regredir. Por ultimo os phenomenos se aggravaram extraordinariamente razaõ pela qual abandonamos o tratamento. Tentamos ainda a auto-hemo-therapia, cujo resultado nas dermatoses exfoliantes é muito gabado. Ainda una vez falharam as esperanças de melhoria. Passados quasi 2 mezes o doente permanecia no mesmo estado em que entrara. Começamos entaõ a usar o sôro glycosado em injecções sub-cutaneas de 250.0 feitas na parede antero-lateral do abdomen e diariamente. A primeira applicação proporcionou grande allivio ao doente. Ao fin da 4.ª ou 5.ª a erupção começava a desapparecer, o que se effectivou após a 10.ª. A applicação da ultima injecção deu lugar á constituição de um abcesso, que cedeu facilmente com a incisão evacuadora.

Observação 2.—Nome, A. M.; edade, 42 annos; russo, branco, vendedor ambulante.

Contrahiu syphilis ha muitos annos no seu paiz natal. Ha cerca de 2 mezes soffrendo rheumatismo consultou um clinico desta cidade, que lhe prescreveu injecções de 914. As primeiras applicações nada de anormal occorreu; após á 6.ª, de 0.60, appareceu a erupção generalisada de inicio, muito exsudativa e pruriginosa. Alem disso foi ao mesmo tempo por uma estomatite ulcerosa.

Exame do doente. Individuo de estatura mediana, em grande depauperamento physico.

Exame do tegumento cutaneo. Erupção generalisada do typo erythemato-vesiculoso; constituição de grande numero de crostas espessas e pouco adherentes; a erupção predomina na dobra do cotovelo e na axilla. Edema generalisado, aggravado ao 3.º dia de permanencia no serviço, com ameaça de edema da glotte, que desapareceu com uma sangria de 300 c.c.

Exame da mucosa buccal. A mucosa da bocca é séde de pequenas ulcerações superficiaes de fundo vermelho e liso.

Tratamento. Quando entrou para o serviço ya tinha tomado algumas injecções de enxofre colloidal, presciiptas por especialista com rezultado negativo. Continuamos seu uso por alguns dias com identicas falhas.

Iniciamos a seguir as injecções de sôro glycosado. O doente começou a melhorar logo as primeiras applicações, tendo alta curado após a 20.ª injecção, no dia 30 de julho.

Observação 3.—Nome, L. A.; edade, 40 annos; brasileira, branca.

Ha mais de 2 annos, soffrendo cephaléas e dôres articulares, procurou o dispensario da Inspectoria de syphilis da Saude Publica, onde lhe foram administradas com proveito 6 injecções de 914, perfazendo um total de 1.80 em fevereiro do corrente anno. Em agosto, como seus padecimentos reapparecessem voltou ao mesmo serviço onde lhe applicaram nova serie do neo-arsenobenzol. Repetiu as mesmas

doses, e após a 7.ª injecção appareceram em diversas regiões do corpo roseolas de grandes dimensões, muito pruriginosas e escamativas.

No dia 29 a doente nos é mandada pelo doctor Pires Ferreira. Nesse mesmo dia applicamos 50.0 grs. de sôro glycosado na veia melhorando muito. Mais 2 injecções foram praticadas estando a doente em via de cura.

La lucha antivenérea en Nicaragua y Costa Rica

El señor Enrique M. Martín, Cónsul General en el Uruguay de las Repúblicas de Guatemala, Honduras y Nicaragua, comunica al Congreso copia de los documentos a continuación, referentes a la lucha antivenérea en Nicaragua y Costa Rica:

República de Nicaragua

PRIMER CONTRATO

Humberto Pasos Díaz, Ministro de Policía y Justicia, en representación del Gobierno, por una parte; y los doctores Clarence A. Burgheim y Alberto López, convienen en lo siguiente:

1.º

Burgheim y López se comprometen a establecer un servicio activo de Neo-Salvarsán, o su equivalente, que aplicarán gratuitamente a todas las personas que no pudieran pagarlo, y que lo necesiten por prescripción médica.

2.º

Burgheim y López se comprometen a prestar asistencia médica y quirúrgica a los policiales de todas las Secciones de esta Capital y la Guardia Republicana, siendo de cuenta de los doctores contratistas las medicinas e inyecciones, excepto las de Neo-Salvarsán, que serán de cuenta del Gobierno.

3.°

Los doctores Burgheim y López se obligan a instalar en esta ciudad un servicio de Radiografía, aprovechando el aparato de Rayos X que pertenece al Gobierno y que por este contrato se pone a disposición de ellos. En consecuencia, se comprometen a examinar a todos los empleados pobres que el Gobierno les indique, pagándoles solamente la placa o placas que se necesiten. Otro tanto harán gratuitamente con los pobres que les manden del Hospital de esta ciudad, institución que dará la placa o placas para la radiografía. Es entendido que los doctores Burgheim y López tendrán por este contrato el derecho de hacer exámenes a personas pudientes y cobrar sus servicios. Asimismo, se comprometen a prestar asistencia médica y quirúrgica, siendo de cuenta de ellos, de los doctores, las medicinas, a los reos y militares de la Penitenciaría y a las empleadas detenidas en la Cárcel del Buen Pastor.

4.°

El Gobierno pagará a los doctores Burgheim y López, por toda remuneración de los servicios y medicinas expresadas en el presente contrato, la suma de **quinientos Córdobas**— $ 500 — cada mes, siendo el término de este contrato el de un año, contando del primero del presente. En fe de lo cual firman tres tantos de un tenor, en el local del Ministerio de Gobernación y anexos, Managua, seis de julio de mil novecientos veintiuno. — HUMBERTO PASOS DÍAZ. — *Clarence A. Burgheim.* — *Alberto López E.*

Comuníquese. Casa Presidencial, Managua, 6 de julio de 1921. — CHAMORRO. — El Ministro de Policía y Justicia, —PASOS DÍAZ.

SEGUNDO CONTRATO

HUMBERTO PASOS DÍAZ, Ministro de la Gobernación y anexos, en representación del Gobierno, por una parte; y el doctor don Alberto López E., por sí, han convenido celebrar el contrato siguiente:

1.°

El doctor López E. se obliga a asistir y curar a todas las prostitutas que padezcan de enfermedades venéreas y

que lleguen a la Capital con destino a la Cárcel de Mujeres, procedentes de este Departamento y de los demás que estén ligados por el Ferrocarril.

2.º

Las curaciones o exámenes a enfermas, deberá hacerlos el contratista, doctor López E., diariamente, estableciendo el tratamiento más seguro para su completa curación.

3.º

El contratista doctor López E. se obliga a no dejar salir a ninguna prostituta enferma del establecimiento, antes de ser completamente curada de su enfermedad o no presente peligros de infección.

4.º

En caso de ausencia o enfermedad, el contratista, de acuerdo con este Ministerio, pondrá un sustituto por el tiempo que sea necesario, cuyo pago será de cuenta de él.

5.º

Este contrato surtirá sus efectos desde el primero de julio próximo y su duración será de un año, obligándose este Ministerio a pagar al doctor López E., por sus servicios y previo recibo debidamente requisado, la suma de **cuarenta Córdobas** — $ 40 — mensuales.

6.º

El doctor López E. se obliga, asimismo, a darle a todas las enfermas que salgan curadas del establecimiento, las indicaciones y prescripciones necesarias para que se conserven en el mejor estado de sanidad.

En fe de lo cual firman dos tantos de un tenor, en el local del Ministerio de Gobernación y anexos, a los veintisiete días del mes de mayo de mil novecientos veintiuno. — HUMBERTO PASOS D. — *Alberto López E.*

Comuníquese. Casa Presidencial, Managua, 30 de mayo de 1921. — CHAMORRO. — El Ministro de la Gobernación y anexos, — PASOS DÍAZ.

*
* *

República de Costa Rica

El Congreso Constitucional de la República de Costa Rica

DECRETA:

Artículo 1.° Créase la Clínica Antivenérea, para el tratamiento, curación e inmunización de los individuos atacados de enfermedades venéreas.

Art. 2.° Dicha Clínica constará de una oficina central, en la ciudad de San José, y de oficinas auxiliares en cada cantón, como estime aquélla necesario.

En cada cabecera de provincia se instalará una oficina auxiliar.

Al frente de la Institución habrá un médico con el carácter de Director General de la misma, de nombramiento del Poder Ejecutivo, y que residirá en esta Capital.

Art. 3.° La oficina central estará bajo la inmediata vigilancia y dependencia del Director General, en calidad de jefe de ella, y se compondrá, además, de un ayudante escribiente y dos asistentes de libre nombramiento y remoción de dicho funcionario.

Art. 4.° Las oficinas auxiliares estarán a cargo de un médico cada una, también nombrados por el Poder Ejecutivo, a propuesta del Director General, de acuerdo con la Municipalidad respectiva, y contarán con un ayudante cada una, que nombrará el Director General a indicación del médico jefe de la oficina.

Art. 5.° El nombramiento de Director General y médicos auxiliares puede recaer en los respectivos médicos de pueblo; en tales casos sólo devengarán la mitad de la dotación que para este cargo auxiliar tenga señalado el presupuesto.

Art. 6.° Todo nombramiento de médico encargado de la Clínica debe necesariamente recaer en un médico incorporado a la Facultad de Medicina de la República.

Art. 7.° El Director General debe ser mayor de 40 años y haber ejercido la Medicina en Costa Rica, por lo menos doce años.

Art. 8.° El Director General ejercerá jurisdicción sobre todos los médicos auxiliares, quienes están obligados a tra-

bajar de común acuerdo con él y atender las instrucciones y órdenes que imparta para el mejor despacho de las tareas de su cargo.

Art. 9.° El Director General depende directamente de la Secretaría de Policía.

Art. 10. Los sueldos del Director General y de los médicos auxiliares serán pagados por el Estado, quien asimismo suplirá las medicinas y el material necesario.

Art. 11. Las Municipalidades de la República contribuirán a los gastos de personal y medicinas.

A partir del próximo año de 1922, deberán dichas corporaciones consignar en sus presupuestos ordinarios una suma proporcional a sus entradas como auxilio para atender el servicio: sin ese requisito tales presupuestos no podrán ser aprobados.

Art. 12. Además de las dichas oficinas auxiliares, podrán establecerse otras en las demás cabeceras de los cantones menores, cuando los Ayuntamientos interesados puedan contribuir con una suma suficiente a juicio del Director General, para el mantenimiento del servicio local.

Art. 13. Aparte del auxilio que acuerden desde luego, las Municipalidades de las cabeceras de provincia proveerán los locales necesarios para la instalación de las oficinas y los mobiliarios más indispensables.

Art. 14. Cada médico encargado del servicio está en la obligación de atender el tratamiento y curación gratuitos de los enfermos atacados de enfermedades venéreas de la provincia que, mediante constancia suscripta por la autoridad local y dos vecinos de reconocida honorabilidad, comprueben que carecen de recursos suficientes para hacer el gasto necesario: dichos enfermos recibirán gratis las principales medicinas. Los pacientes sólo pagarán el costo de los medicamentos.

Art. 15. El Director General y los médicos auxiliares establecerán, al efecto, una clínica reservada en lugar adecuado para recibir las visitas de los enfermos. En lo posible la clínica deberá acondicionarse de tal modo que los pacientes no sean observados del público ni se vean entre sí.

Art. 16. Los médicos que estén frente de la Clínica visitarán periódicamente y con la regularidad conveniente, los colegios de segunda enseñanza con el objeto de examinar a los colegiales y en su caso disponer el tratamiento que

corresponda, el cual se efectuará en la forma más adecuada, según las circunstancias.

Art. 17. Igual obligación tendrá el Médico de Profilaxis Venérea con respecto a las Cárceles y al Presidio de San Lucas.

El Médico de Profilaxis Venérea funcionará en calidad de auxiliar de la Clínica Antivenérea y dependiente del Director General.

Art. 18. El Director General y los médicos auxiliares ilustrarán al público por medio de conferencias que dictarán periódicamente en lugares adecuados, folletos, publicaciones, etc., etc., acerca de las enfermedades que están encargados de combatir, su etiología, contagiosidad, consecuencias personales y sociales, medios preventivos y medios curativos que existen contra las mismas.

La propaganda educativa se extenderá también a los alumnos de los años superiores de los colegios de la segunda enseñanza de varones, cuando fuere solicitada por los Directores de los mismos y no se oponga a disposiciones reglamentarias o legales.

Art. 19. Cuando las necesidades del tratamiento lo exigieren, los enfermos pobres, varones, serán enviados para su curación al hospital de la provincia a que pertenezcan; igual cosa se hará con las enfermas no inscriptas en los registros de profilaxis y que por su buena conducta no puedan ingresar al hospital venéreo.

En ambos casos el médico encargado de la Clínica seguirá atendiendo a esos enfermos hasta su curación.

Art. 20. El Hospital Venéreo para mujeres, hoy existente, continuará prestando sus servicios como dependiente de la Clínica Antivenérea para los fines para que fué creado.

Art. 21. El Director General y los médicos auxiliares llevarán un registro rigurosamente reservado en donde consignarán todos los datos necesarios para la estadística completa de los casos que asistan; y cada año pasarán un informe de sus trabajos a la Secretaría de Policía, haciendo las debidas comparaciones con un período y el anterior y las sugestiones que crean atinadas para el mejor éxito de sus labores. Un duplicado de ese informe se enviará a la Facultad de Medicina.

Art. 22. Las medicinas y efectos destinados a la Clínica serán pedidos por la Secretaría de Policía a la consignación del Director General, quien se encargará de distribuirlos convenientemente entre todas las oficinas.

Art. 23. Asígnase la suma de **setenta y tres mil quinientos sesenta colones**—$ 73,560.00—para el sostenimiento de la Clínica antivenérea.

Costa Rica, julio 12 de 1921.

Tratamento das ulceras tropicaes pelo oleo de Chenopodio

PELO DR. NICANOR BOTAFOGO GONÇALVES (Río de Janeiro)

(Do Instituto Oswaldo Cruz)

As ulceras em geral são tidas pelos que dellas nunca se occuparam, como afecções sem interesse, curando-se facilmente com qualquer solução antiseptica e um pouco de hygiene. Só quem dellas cuida e os doentes que as soffrem é que sabem quão rebelde a todo tratamento é uma lesão descuidada a principio, que se infecciona e leva mezes a se cicatrizar, produzindo incommodos de toda ordem, impedindo de andar se situadas nos membros inferiores, de trabalhar, se nas mãos e braços, quando não se converte em uma chaga feia, nauseabunda e dolorosa.

Uma intervenção inadequada da parte do doente e mesmo do medico muitas vezes retarda sua cura e aggrava seu caracter. Quantas fistulas temos visto cujo unico agente causal era a tintura de iodo pura, ou um caustico que destruia pela manhã na occasião do curativo, os tecidos que o organismo com grande esforço produzira durante a noite com o fim de restabelecer as condições normaes da pelle e que em pouco tempo se cicatrisavam com applicações de iodo em solução aquosa fraca ou simplesmente de Lugol!

Um bom agente para o tratamento das feridas deve ter como condições primordiaes:

1.º Não lesar os tecidos em estado hygido;

2.º Exercer uma acção microbicida, destruindo os agentes infecciosos da lesão;

3.º Estimular o nascimento das cellulas novas, apressando assim a cura.

Em abril de 1920 publicamos no "Brazil Medico", N.º

17, uma pequena noticia sobre as vantagens por nós obtidas usando o oleo de Chenopodio no tratamento das ulceras tropicaes.

Posteriormente empregando systematicamente esse medicamento em centenas de curativos que tivemos occasão de fazer no Posto de Prophylaxia Rural de Merity, tivemos opportunidade de constatar de modo indiscutivel, sua real efficacia não só como antiseptico mas tambem como agente cicatrizante de valor.

Referindo-nos á maneira porque nos veio á lembrança o emprego desse medicamento, assim nos expressámos no artigo acima referido:

"Quando iniciámos os curativos de ulcera no Posto de Merity, um dos primeiros doentes em cuja ferida encontramos, pelo exame microscopico, fuso espirillos, após o primeiro curativo não mais voltou; dias depois, vimol-o na rua com a ulcera em vias de cicatrisação, recuberta por folhas machucadas de herva de Santa Maria, tratamento esse empregado pelo doente até aquella data".

D'ahi para cá as centenas de ulceras que conseguimos ver satisfactoriamente tratados pelo oleo de chenopodio, nos permittem concluir sem hesitar pela efficacia de seu emprego como antimicrobicida e cicatrizante.

O oleo de chenopodio pelas suas qualidades toxicas e irritantes rapidamente consegue limpar a lesão de sua fauna microbiana, o que é facilitado pela sua penetração na serosidade tão abundante especialmente nas ulceras fuso espirillares, serosidade essa que ao contrario não se imbebe com os antisepticos em solução aquosa.

Assim consegue aquelle agente transformar com duas ou tres applicações, uma chaga dolorosa e de aspecto repellente, em uma ferida de carne viva e superficie granulosa vegetante.

Não mortificando os tecidos, antes estimulando sua reproducção, apressa assim o restabelecimento do derma.

Tratamento. — A principio usavamos uma suspensão de oleo de chenopodio feita em glycerina; como porém nesse vehiculo a mistura não fica homogenea, resolvemos substituir a glycerina pelo oleo de vaselina e preferivelmente pelo oleo de amendoa dôce: para cada cc. de oleo de amendoa addicionamos uma gotta de oleo de chenopodio.

O curativo deve ser feito do modo seguinte:

1.º Recobre-se a ulcera com uma gaza dobrada e deixa-se cahir gota a gota a mistura de chenopodio e oleo de amen-

doa até que a gaze esteja de tal modo imbebida que deixe salientes os bordos da ulcera.

2.º Proteje-se o curativo com uma atadura.

Os curativos que devem ser repetidos diariamente, pódem ser precedidos pela lavagem da ulcera com solução physiologica ou solução fraca de permanganato de potassio.

Alguns doentes queixam-se de ligeiras picadas na ferida, porém nunca observamos um caso em que o curativo não fosse bem suportado.

Depois da ulcera limpa o que se obtem geralmente em 2 a 3 dias deve-se continuar o mesmo tratamento para que a cicatrisação seja abreviada.

OBSERVACOES

Observação I.—Novembro de 1920, Posto de Prophylaxia Rural, Merity M. C. Ficha 2922. Edade, 16 annos. Sexo feminino.

Residente na estação de Cordovil (Districto Federal).

Verminoses: Ascaris e Trichocephalus, tendo sido já medicada por duas vezes com oleo de chenopodio.

Ulcera na perna direita, ao nivel do malleolo, causada pelo uso do sapato. Ha menos de un mez era uma pequena ferida, resistindo a todos os tratamentos caseiros feitos pela doente; de cinco dias para cá cresceu a ferida e ficou com as dimensões actuaes (5 cm. x 3 cm.).

Aspecto da ulcera, brilhante, cor acinzentada suja e máo odor.

O exame microscopico revelou a presença de numerosos fuso-espirillos.

Tratamento.—Lavagems da ulcera com agua physiologica, applicação de uma gaze dobrada sobre a mesma e imbebição dessa gaze com uma solução de oleo de chenopodio amer. e oleo de amendoas.

A falsa membrana que antes do tratamento recobria por inteiro a ulcera foi-se reduzindo e já no 3.º dia de tratamento a sua superficie apresentava um aspecto limpo, roseo, a cicatrisação se fazendo em pouco tempo.

Observação II.—Novembro de 1920, P. P. R. de Merity.

N. R. Ficha 2155, 22 annos de edade, sexo masculino, sapateiro. Residente em Suruhy (Estado do Rio).

Soffre de impaludismo (diagnosticado clinicamente), estando convenientemente medicado.

Verminose: Trichocephalus.

Aspecto são, corado.

Ulcera no lado interno do terço inferior da perna direita.

Machucou-se com uma taboa que cahiu em cima da perna produzindo uma pequena lesão que se foi ulcerando. A principio o doente lavava-a com paraty, mudando depois o tratamento para iodoformio.

A ulcera não cedeu e tomou o aspecto actual, esponjoso, molhada continuamente por uma serosidade de odor fétido. Quando veio ao serviço já tinha sido adquirida havia 30 dias. Dimensões: 3 cm. x 3 cm.

Exame microscopico: Fuso-espirillos, com predominancia dos bacillos fusiformes.

Tratamento.—(Como na observação anterior).

A ulcera se limpou rapidamente; em quinze dias a ferida estava completamente fechada.

Preliminares sobre inyecciones intravenosas de aceite de chaulmoogra (ex semillas de Teraktogenos Kurzii) en la cura de la lepra.

POR EL DR. LUIS ZANOTTI CAVAZZONI (Asunción)

Catedrático de la Facultad de Medicina del Paraguay

Con el fin de hacer más rápida y más íntima la acción del Chaulmoogra sobre el agente causante de la lepra y sobre las lesiones que directamente o indirectamente produce en el organismo humano, desde hace algún tiempo, he buscado una fórmula de este aceite inyectable por vía endovenosa, sin que sea alterada su composición química y al mismo tiempo que sea compatible con la vía de administración.

Después de varios ensayos químicos he adoptado la fórmula siguiente que me ha preparado el doctor Crovato, Director de la Oficina Química Municipal.

Mezcla de aceite alcanforado al 5 o|o con aceite de Chaulmoogra natural, que contiene en cada centímetro cúbico 0.18 gramos de Chaulmoogra, o sea cada centímetro cúbico contiene 0.176 centímetros cúbicos de Chaulmoogra con una densidad de 0.924 y una reacción ácida de 1.57 por ciento, expresada en ácido fénico.

Con esta fórmula en el Instituto de Bacteriología he hecho ensayos en conejos que en resumen han dado los resultados siguientes:

Inyecciones endovenosas de aceite de Chaulmoogra natural (ex semillas de Teraktogenos Kurzii) mezclados con aceite alcanforado al 5 o|o; inyección endovenosa cada tres días.

1.° cc. 1|4 = grs. 0.044 de Chaulmoogra = grs. 0.01 por cada kilo de peso. Temperatura 39°, glóbulos rojos, 5.456,000 por mm².
2.° cc. 1|2 = grs. 0.088 de Chaulmoogra = grs. 0.02 por cada kilo de peso. Temperatura 38°,6, glóbulos rojos 4.968,000 por mm².
3.° cc. 3|4 = grs. 0.132 de Chaulmoogra = grs. 0.03 por cada kilo de peso. Temperatura 37°,6, glóbulos rojos 4.878,000 por mm².
4.° cc. 1 = grs. 0.176 de Chaulmoogra = grs. 0.04 por cada kilo de peso. Temperatura 38°,2, glóbulos rojos 4.472,000 por mm².
5.° cc. 1 1|4 = grs. 0.220 de Chaulmoogra = grs. 0.05 por cada kilo de peso. Temperatura 37°, glóbulos rojos 4.078,000 por mm².
6.° cc. 1 1|2 = grs. 0.264 de Chaulmoogra = grs. 0.06 por cada kilo de peso. Temperatura 37°,4, glóbulos rojos 3.968,000 por mm².
7.° cc. 1 3|4 = grs. 0.308 de Chaulmoogra = grs. 0.07 por cada kilo de peso. Temperatura 36°.7, glóbulos rojos 3.870,000 por mm².

Muerte de los conejos a la séptima inyección y en el espacio de una o dos horas.

Los síntomas más acentuados que presentaron desde la cuarta inyección y por cada inyección sucesiva, son los que el ilustrado doctor Héctor J. Roselló ha descripto en sus experiencias efectuadas sobre conejo y oveja con inyecciones endovenosas de aceite alcanforado al 10 o|o, anotando que en mis conejos he debido llegar a cantidad casi doble (cc. 1 3|4) de la dosis mortal dada por varios autores, para producir la muerte, y sospechando que la muerte fué debida a la cantidad de alcanfor inyectada en las venas y no al aceite de Chaulmoogra (0,07 grs. por kilogramo de peso). He iniciado otra serie de experiencias con una mezcla de aceite de oliva lavado y aceite de Chaulmoogra natural en las proporciones anotadas, experiencia que todavía no he concluído.

La autopsia de los conejos ha demostrado la existencia de hiperhemias meníngeas, edema pulmonar basal y degeneración grasa del hígado.

En estos días he conseguido del Director del Hospital Nacional, doctor Odriozola, cuatro camas en el Pabellón Santa Isabel, y he iniciado las aplicaciones endovenosas de

la fórmula citada en cuatro leprosos de la leprosería, habiendo escogido de los más graves; a dos les aplico las inyecciones endovenosas solamente y a dos las inyecciones y al mismo tiempo la autosangroterapia.

Contribuição ao estudo de algumas lesões determinadas pelos arthropodos (arachnideos, myriapodos e insectos).

PELO DR. OCTAVIO TORRES (Bahía, Brasil)

Professor substituto de Pathologia Geral

(Véanse las figuras)

Já ha algum tempo vimos reunindo observações de individuos picados ou mordedos por animaes da classe dos arthropodos, e estudado as lesões por elles determinadas.

No anno de 1919, na sessão de 28 de setembro da Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia, tivemos occasião de fazer uma communicação acerca de algumas lesões produzidas por estes animaes resumindo e citando de um modo geral algumas observações.

Neste trabalho somente nos occuparemos com as lesões determinadas directamente não só por mordedura, por contacto ou por acção toxica, como ainda por parasitismo obrigatorio, deixando de lado o papel destes animaes na transmissão de certas molestias.

E sabido, em sciencia, o papel que as aranhas (**Latrodectus mactans**, **Theraphosa**, **Theridium** e outras) representam na producção de lesões, não só no homem, mas tambem nos outros animaes, citando alguns auctores observações que se terminaram pela morte das pessôas mordedas por estes animaes e em consequencia da introducção de substancias toxicas directamente no organismo das victimas.

Conhecemos, por nos terem sido referidas, observações de pessôas que foram feridas por aranhas, conhecidas entre nós pelo nome de *Caranguejeiras*, que produziram lesões, algumas bastante serias Em alguns casos houve simples reacção local, noutros seguida de febre, adynamia, vomitos, cepha-

léa, etc., ulceração e até mesmo gangrena da parte picada, formação de abcessos, com eliminação dos tecidos lesados, juntamente com o pús.

Existe, com effeito, na Bahia uma especie de aranha, que assume grandes dimensões, vulgarmente chamada "*aranha caranguejeira*", que pertence ao genero *Theraphosa*. Esta aranha, muito temida pelo povo, produz lesões não somente pela projecção de um pó (fragmentos de pêlos) arremessados pelas patas trazeiras, como ainda pela inoculação de uma substancia segregada por glandulas localizadas no cephalo-thorax. O veneno segregado pelas duas glandulas vem ter a dois dentes conicos e chitinosos, de forma ligeiramente curva, bastante duros e resistentes, tendo um canaliculo que conduz o veneno até a sua extremidade.

Todas as patas são cobertas de pêlos, sendo que o ultimo par serve ainda como orgam de defeza, pela projecção dos pêlos.

Fizemos diversas experiencias com essas aranhas para observar o effeito produzido por esses pêlos arremessados sobre animaes, collocando pequenos passaros, camondongos, etc., em contacto com ellas, no mesmo vaso de vidro ou em gaiolas.

A aranha se appoia nos pares de patas anteriores, levanta o corpo e, firmando-se sob o terceiro par, projecta, sobre o animal e com grande força, os pêlos das ultimas patas, sacudindo-as vigorosamente.

Os animaes sentem-se incommodados, ficam agitados, lambemse, coçam-se, esfregando o corpo nas paredes da gaiola ou do vaso, e eriçam os pêlos; os passaros ficam arripiados, sacudindo-se e batendo as azas, como que querendo tirar de cima de seu corpo qualquer cousa que os incommoda.

Tivemos opportunidade, mais de uma vez, em occasião em que manipulavamos estes animaes, de sermos attingidos pelos pêlos e experimentarmos a sua acção.

O pêlo é por demais urticante e parece-nos ter esta propriedade somente durante a vida do animal. Fizemos experiencias, no dorso das mãos, quer directamente com o pêlo retirado por meio de bastão de vidro, quer irritando a aranha em um vaso de vidro e collocando as mãos dentro deste durante alguns minutos.

A sensação é similhante á da queimadura pela ortiga e quasi immediata. A pelle fica vermelha, erythematosa, muito pruriginosa e a sensação é tão intensa que não se póde re-

sistir á comichão. Esta desapparece quando se passa um pouco de alcool ou agua ammoniacal em cima da parte attingida.

Por outro lado repetimos as mesmas experiencias, com pêlos de aranhas mortas algumas horas antes das referidas experiencias, sem sentirmos os effeitos acima citados. A sensação de queimadura persiste de alguns minutos a quasi uma hora, e o erythema algumas horas (3, 4 horas e mais).

Passemos agora a um genero de arachnideos, que são vulgarmente conhecidos com os nomes de *micuim, mucuim, bicho colorado* (Uruguay). Tem este dimensões assaz diminutas e é classificado na familia dos *Trombididae*. Somente a larva parece ser parasita do homem.

Não sabemos bem a especie predominante entre nós. As larvas agarram-se principalmente pela tromba ou rostro, que atravessa a pelle do paciente á qual se fixam fortemente. Ellas vivem na grama e dahi passam ao homem.

O mucuim atravessa os tecidos da roupa e chegam á pelle. Revela-se por um ponto vermelho (*bicho colorado*) no centro de uma papula rosea e pela intensa comichão que determina.

Nos individuos nervosos, de pelle muito delicada, produz forte erythema, e referem alguns auctores casos em que observaram insomnia e febre, entre outros o citado por Guiart de um individuo que esteve oito dias febril.

A comichão é determinada por uma saliva bastante toxica que os micuins inoculam ao mesmo tempo que se prende aos individuos. Durante o dia o paciente é menos importunado pelo parasita, mas á noite o calor do leito torna mais viva a comichão.

As vezes a escoriação provocada pelo acto de coçar occasiona lesões inflammatorias suppurativas (echtyma, impetigo, etc.).

Nuttall chama a attenção para a immunidade que se segue ás dentadas.

Carrapatos. — Os carrapatos pertencendo á ordem dos acarianos (*Acarina*) são muitas vezes parasitas accidentaes do homem, no qual produzem tambem lesões.

Elles fixam ao corpo por meio do rostro e em torno do logar onde estão seguros observamos uma aureola vermelha. A comichão é em geral discreta. todavia algumas especies produzem (*Argas persicus*, *A. brumpti*, etc.,) dôr local for-

te, acompanhada de outros symptomas. As pessoas recem-chegadas são muito sensiveis ás picadas dos carrapatos, e considera-se os symptomas consequentes a ellas como o resultado da inoculação de uma substancia toxica, a que os naturaes do logar já estão immunizados. As picadas de carrapatos além dos symptomas referidos, podem produzir erupção erythemathosa, urticaria, febre, etc.

Alguns carrapatos deixam no logar da picada uma cicatriz mais ou menos persistente.

Outros formam uma pequena ulcera no logar da ferroada.

Quando se arranca brutalmente o carrapato o rostro fica muitas vezes presos aos tecidos, occasionando edema, erythema, que são seguidos de lesões mais serias produzidas pelos pyogenicos.

Esses symptomas tambem estão dependentes da sensibilidade da pessoa, da delicadeza da sua pelle, e da quantidade de carrapatos, que se apegaram ao individuo.

Os carrapatos grandes, taes como *Ixodes ricinus*, podem causar inflammações da pelle bastante serias, seguidas de pustulas com edema mais ou menos extenso, abcessos, lymphangitis e tambem lymphadenites acompanhadas de febre alta, cephalalgia, nauseas, vomitos, etc.

Tivemos occasião de observar casos bastante intensos em individuos aggredidos por carrapatos. Estes casos são mais serios nos jovens, nas crianças, sempre mais sensiveis do que os adultos. Os estranhos ao logar, as pessoas que não estão acostumadas (immunizadas) soffrem bastante, principalmente os individuos alvos e de pelle delicada.

Para retirar os carrapatos podemos empregar a uncção com vaselina, ou banhar o logar com uma solução de creolina ou applicar em cima do carrapato algodão molhado em benzina, therebentina, etc.

Além destes arachnideos poderiamos fazer considerações sobre alguns outros que produzem lesões no homem, como o *acarus da sarna*, o *demodex folliculorum* (conhecido vulgarmente como *cravo*), etc., mas como as lesões produzidas por elles são por demais conhecidas, passaremos a tratar de outra ordem de arachnideos.

Entre estes devemos citar os escorpionideos. Nesta familia temos os escorpiões vulgarmente conhecidos pelo nome de *lacráos*, que podem produzir lesões bem accentuadas nas crianças.

Das observações que conseguimos reunir citaremos algumas, e entre ellas referiremos uma muito interessante.



Lesões produzidas por maroins



Lesões produzidas por maroins



Lesões produzidas por maroins



Le-ões pro-luzidas por carrapatos



Bicho de pé (Sarcopsila penetrans)



Bicho de pé (Sarcopsila penetrans)



Dorso da mão.
Lesões produzidas pelo podó



Myiase naso-buccal (Chrysomya macellaria). Obs. do Dr. G. Salles.

A. de T., de côr preta, com 11 annos de edade, natural da Bahia, trazia no hombro um feixe de lenha, da matta para casa. Em caminho sentiu uma picada no pescoço e deitando o feixe de lenha no chão viu que foi feita por escorpião, que elle matou.

Pelo orificio da picada, sahiu algum sangue. O pequeno teve febre, dôr de cabeça intensa (cephalalgia), seguida de fortes dôres em todo o corpo. No fim de algumas horas observou-se cyanose, nas extremidades, nos labios, etc., perdeu a fala, ficou completamente cego, appareceram edemas e morreu no fin de oito a nove horas após a picada. O pequeno parece ter sido pungido na veia jugular ou na sua proximidade, em vista do rapido apparecimento dos phenomenos acima referidos. Algumas horas depois da picada (6 a 7), notaram-se pequenas petechias espalhadas pelo corpo, petechias estas que se reuniãm ás visinhas formando purpuras tendo 6 a 7 centimetros de diametro.

Entre outras observações podemos referir as seguintes, que são muito similhantes.

M. P., branco, com 5 annos de edade, na Victoria da Conquista, Bahia, foi picado por um escorpião. em um dos dedos da mão. Gritava e chorava muito, devido ás dôres, teve cyanose das extremidades, principalmente dos pés, e ficou bastante agitado.

O. S., branco, com 42 annos de edade, solteiro, natural da Bahia. Este homem foi picado por escorpiões 18 vezes sentindo sempre dôr local intensa, muito mais forte do que as provocadas pelos myriapodos (pelos quaes foi mordido cinco vezes), caimbras, quando as picadas foram nas pernas ou nos braços, dormencia durante alguns dias, outras vezes, porém, a parte ofendida ficava arroxeada em torno da picada. Tinha sempre após a sensação de augmento de volume da lingua.

A ferida sangrava somente na hora. Em torno da picada formava-se uma zona papulosa bastante clara, que contrastava com o resto da região.

Entre outras observacões temos mais as seguintes:

C. S., branco, con 11 annos de edade, solteiro, natural de Joazeiro, e trabalhador de campo.

Este foi mordido diversas vezes nos pés e nas mãos, em occasião de trabalho.

C. A., preto, 36 annos, natural de Joazeiro, foi mordido 5 ou 6 vezes.

S. S., mestiço, com 35 annos, casado, natural da Bahia, Joazeiro, foi mordido varias vezes, em trabalho, entre ellas foi ferido na mão, tendo, entre outros symptomas, sentido dôr local forte, seguida de erythema, inflammação, cephalalgia intensa, ligeira elevação da temperatura, pequena reacção ganglionar, e formação de placas arroxeadas em toda a superficie do membro.

Dentre os symptomas apresentados devemos referir como mais importantes, a dôr intensa, a sensação de augmento de volume, da lingua, caimbras, formigamentos, etc.

O Dr. Zehntner, que observou muitos casos de ferroadas de escorpiões, em Joazeiro, referiu a um amigo commum, que a mordidella desses animaes é mais perigosa, parecendo que os mordidos apresentam phenomenos de maior intoxicação, quando a femea do escorpião está prenhe.

Depois dos arachnoides temos a familia dos myriapodos, que se dividem em duas sub-familias: a dos chilopodos e a dos diplopodos.

A differença está justamente no numero de pares de patas (um ou dois pares), em cada seguimento. Entre os chilopodos ha os myriapodos, conhecidos pelo povo por *centopeias* e em alguns lugares pela denominação de *piolhos de cobras*, noutros lugares porém, dão o nome de *piolhos de cobra* aos diplopodos, tambem conhecidos por *gorangoji*. Alguns animaes destas duas classes eram considerados ha tempos passados como inoffensivos (principalmente os da classe dos diplopodos), actualmente, porém, está verificado que todos podem ser de accidentes, ora directamente pela inoculação de substancias toxicas, segregada por uma glandula, ora mecanicamente penetrando nas cavidades naturaes (diplopodos) e ahi permanecendo por tempo mais ou menos longo.

Dos orificios naturaes os que são mais facilmente invadidos, são as fossas nasaes (com maior numero de observaçoes feitas), havendo tambem casos de invasão do ouvido, da vagina, etc. Estes animaes penetram nas cavidades naturaes de ordinario á noite, durante o somno do individuo.

Os que alcançam as fossas nasaes conseguem muitas vezes alojar-se nos seios frontaes, produzindo symptomas os mais variados — ás vezes formigamentos na mucosa, prurido, que provocam espirros mais ou menos fortes e que muitas vezes são seguidos da eliminação do animal, outras vezes occasionam lesões de maior gravidade, — phenome-

nos inflammatorios, sensação de calor, com corrimento de secreção muco-purulenta, cephalalgia mais ou menos intensa, perturbações nervosas as mais variadas (reflexos) — "taes como abolição do olfacto, vertigens, delirio, convulsões, angustia precordial, perda da palavra, constricção espasmodica das palpebras, dyspnéa, tosse, zumbido dos ouvidos, lacrimejamento, varias perturbações da visão, nauseas, vomitos, etc." (Guiart).

A sahida do parasita dá-se ou naturalmente, por um forte espirro ou assuando-se o nariz com força ou então empregando-se liquidos ou pós, que possam matar o parasita e acarretar a eliminação deste, ou então retirando-se cirurgicamente o animal.

Depois dos parasitas desta classe temos os pertenencenes a dos chilopodos (escolopendras). Estes animaes produzem lesões pela inoculação de substancia toxica segregada por glandulas situadas no seu primeiro segmento (cephalico).

Esta substancia vae ter a dois dentes canaliculados similhantes aos das aranhas e das cobras.

Na occasião em que o animal aggride, fere com as duas presas e ao mesmo tempo inocula uma substancia toxica fortemente dolorosa, que produz uma serie de symptomas, sobresahindo entre elles, a dôr intensa local e a contractilidade dolorosa dos musculos da região mordeda.

Tivemos occasião de fazer a respeito algumas observações e temos opportunidade de referir outras que nos foram narradas por pessoas que nos merecem inteira confiança.

Entre as pessoas mordedas por myriapodos (*escolopendras*) todas se queixam de forte dôr local, que se irradia da parte ferida, e é seguida de phenomenos geraes ás vezes serios, dependendo estes ultimos principalmente da edade do individuo ferido, do tamanho do animal que produziu a picada e da quantidade de substancia toxica injectada.

Nas crianças os phenomenos morbidos apresentados são muito mais accentuados do que nos adultos.

Encontra-se em todas as pessoas mordedas dous pontos correspondentes aos orificios de entrada dos dentes.

O. S., sobre quem já falamos, quando tratamos das lesões produzidas pelos escorpiões, foi mordido diversas vezes (5) por escolopendras, em Joazeiro, onde trabalhava.

Fazemos notar que os escolopendras deste municipio são os maiores que já tivemos occasião de ver, no Estado da

Bahia, chegando a attingir 18 e 20 centimetros de comprimento por um e meio de largura. Esta mesma pessôa foi picada diversas vezes (18) por escorpiões, não só da mesma localidade, como de outra dos Sertões bahianos, onde trabalhou, sendo que os escorpiões de Joazeiro como as escolopendras attingem grandes dimensões. A picada das escolopendras foi sempre seguida de dôres bastante fortes, parecendo ter sido injectada uma substancia vesicante. Esta dôr se irradia para diversos pontos, e é acompanhada de edema, vermelhidão, hyperesthesia e contractura dolorosa dos musculos da região. No dia seguinte observa-se uma infiltracção edematosa e muito sensivel, em area relativamente extensa, em torno da picada.

O paciente a que nos referimos acima contou-nos que a dôr da ferroada dos escorpiões é muito mais intensa do que a determinada pela mordedella das escolopendras. Esta dôr prolonga-se durante algumas horas, até 24 ou mais.

Além desta fizemos mais as seguintes observações:

A. P., caboclo, com 42 annos, casado, natural da Bahia, residente em Joazeiro, trabalhador de campo, foi ferroado por uma centopeia, no dorso do pé, sentindo forte dôr em todo o pé, e teve ligeira febre, cephalalgia, caimbras e formigamentos na perna correspondente.

M. T. C., do sexo femenino, cabocla, com 18 annos, casada, natural da Bahia, residente em Joazeiro, foi mordeda na perna direita por uma escolopendra.

A mordedura foi seguida de forte dôr e comichão, sentiu a lingua bastante grossa e esteve presa ao leito durante dois dias, com forte dôr de cabeça e ligeira febre (38° e 38°5).

O. T., branco, solteiro, com 32 annos, natural da Bahia, residente na Bahia, foi mordedo por uma escolopendra na parte anterior do thorax, tendo sentido dôr local, acompanhada de vermelhidão e forte comichão, havendo uma reacção inflammatoria, em torno da picada, a qual desappareceu no fim de 24 horas.

M. J. F., branca, solteira, com 15 annos de edade, natural da Bahia, foi picada por uma escolopendra na região super-hyoidéa, durante a noite.

A picada foi seguida de forte dôr local, que durou mais de 8 horas, com irradiação para as regiões do pescoço (mento, infra-hyoidéa, e superclaviculares), observando-se ainda vermelhidão e inflammação bastante extensas.

A paciente queixou-se de pequena difficuldade de degluti-

ção, apresentou contracção dos musculos esternocleidomastoideos durante quasi dois dias, dessapparecendo estes phenomenos lentamente depois de 48 horas. O tratamento desta doente consistiu no emprego de um laxativo e de applicações de compressas de permanganato de potassio na região mordeda. Ficaram dois pontos brancos, duros, resultantes da cicatrisação dos dois orificios de penetração dos dentes da escolopendra.

Os. T., branco, solteiro, com 32 annos de edade, funccionario publico, natural da Bahia, residente na Bahia, foi mordedo por uma escolopendra, na borda do pavilhão da orelha, quando se deitava para dormir. Sentiu forte dôr em toda a orelha, dôr esta que se irradiou com grande intensidade e rapidez para as regiões vizinhas, principalmente a masseterina, supra-lateral de pescoço (esterno-cleidomastoidéa) e occipital do mesmo lado.

A sensação foi similhante á de uma injecção subcutanea de uma substancia urticante.

Apezar do paciente ter applicado immediatamente compressas de agua com um pouco de ammoniaco (agua ammoniacal), no dia immediato existia um forte edema de todo o pavilhão da orelha, principalmente da borda do mesmo. Apenas como lesão se via com difficuldade os pontos de penetração dos dentes.

Depois da referencia feita a esses animaes e ainda pertencendo aos arthropodos temos a grande classe dos insectos.

Entre estes ha um grande numero cujo estudo é muito importante, pois que representam principalmente papel saliente na transmissão de varias molestias e tambem porque determinam lesões.

Lembraremos, em primeiro logar, o chamado *bicho de pé* (*Sarcopsila penetrans*), que produz lesões varias, não só nos pés, mas ainda nas mãos, destruindo os tecidos molles destas regiões, podendo attingir os tendões, os musculos, etc.

O bicho de pé tem sido accusado de vehicular o bacillo de Nicolaier e consecutivamente de representar papel saliente na pathogenia do tetano.

Juntamos uma photographia de um individuo, que tinha os pés e as mãos tão atacados, que apenas uma pequena parte das superficies plantares e palmares escaparam ao ataque deste parasita. Pela photographia pode avaliar-se o estado lastimavel a que chegou este individuo.

Moscas. — Temos ainda a referir as lesões determinadas pelas larvas de moscas, ou mais propriamente as myiases. Estas lesões são bastante conhecidas.

Já tivemos occasião, em 1916, de apresentar á Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia e posteriormente de publicar na "Gazeta Medica da Bahia" do mesmo anno, um trabalho onde citamos, entre outras observações de myiases produzidas por larvas de *Chrysomya macellaria*, duas observações muito interessantes, uma produzida por larvas de *Sarcophaga lambens* e outra pelas larvas da mosca domestica.

As observações de myiases produzidas pelas sarcophagas são raras, tendo-se apenas conhecimento de 3 ou 4, em todo o Brasil.

Entre outras lesões determinadas pelas moscas faremos uma rapida referencia ás do *verme* (*Verme macaco*, *Dermatobia cyaniventris*).

As larvas localizam-se no tecido cellular sub-cutaneo e ahi se desenvolvem, produzindo inflammações, abcessos, phlegmões, etc.

Já observamos dous casos deste genero. De um dos pacientes as larvas localizadas nas nadegas foram retiradas cirurgicamente pelo distincto collega e amigo Professor Fernando Luz, no outro foi encontrada uma só larva na perna esquerda, tendo sido extrahida pelo illustrado collega Dr. Lydio de Mesquita.

Além das lesões acima descriptas, muito summariamente, temos as determinadas directamente pelas trombas das moscas, conhecidas vulgarmente por *mutucas* e pertencentes a familia das *Tabanidas*.

As pessoas picadas queixam-se de dôr mais ou menos intensa, de irritação local, de pequena hemorrhagia, dependendo estes phenomenos da sensibilidade da pessoa pungida.

As vezes a ferroada da tabañida é seguida de infecção pelos microbios da suppuração, observando-se furunculos, lesões echtimatosas, impetiginosas, etc.

Temos ainda as lesões determinadas por outro grupo de insectos pertencentes á classe dos culicoides.

As lesões determinadas pelo *maroim*, ou *mosquito de mangue*, como vulgarmente são conhecidos, são muito mais dolorosas e muito mais intensas do que as produzidas pelos mosquitos, murissocas (culicideos, *culex*, *stegomya*, *anopheles*, etc.).

Ha pouco tempo indo ao reconcavo do Estado fomos ferroado por diversos maroins e tivemos occasião de observar em nossas proprias mãos quanto é forte a lesão determinada por estes insectos, tendo tido uma intensa irritação das partes descobertas, rosto e mãos devido á comichão provocada pelas picadas.

Na occasião em que o maroim pousa para sugar sente-se apenas uma ferroada bastante forte, semelhando uma alfinetada e a nossa attenção é chamada para este ponto, onde vemos, um ponto preto, pois o insecto é muito pequeno, e passando-se a mão em cima, elle como que se desmancha e por isto o povo chama *mosquito polvora*.

A ferroada é muito incommoda principalmente para os recem chegados, para as pessoas que não estão acostumadas aos logares onde elles existem communmente.

Passamos ao estudo das lesões determinadas por um outro grupo de insectos, pertenecentes á familia dos *Estaphilinideos*, conhecidos entre nós (no sertão da Bahia) pelos nomes de *podós*, *botós*, *trepamoleque*, *pó de pimenta*, etc.

Fizemos observações tambem nas nossas proprias mãos com dous destes insectos. São coleopteros.

Uma das especies dos nossos podós já foi estudada pelo Dr. Pirajá da Silva, que publicou uma nota nos "Archives de Parasitologie de Blanchard", fazendo rapidas referencias a lesões produzidas pelo *Poederus*.

Em uma certa occasião recebemos do interior do Estado (Joazeiro) uma porção destes estaphilinideos e procuramos uma pessõa para se sujeitar a uma experiencia e não achando quem quizesse fazel-o, nós mesmo a ella nos submettemos.

Muitas pessoas têm duvidado (nós mesmo) da acção nociva deste insecto, entre outras o illustrado collega Dr. Arthur Neiva, que fez uma ligeira observação em relatorio sobre uma viagem, que emprehendeu pelo interior da Bahia, Pernambuco, Piauhy, Goyaz e Minas, publicado nas memorias do Instituto Oswaldo Cruz (Manguinhos). Elle diz: "Temos a impressão de que geralmente se exageram as consequencias da vesicação produzida pelos coleopteros em questão, sendo que os accidentes mais serios sobrevêm por infecções secundarias; os potós, além desta denominação são ainda conhecidos por fogo selvagem, potó-pimenta, tucura, etc.".

Podemos affirmar que as lesões determinadas pelo potó

são muito intensas, tão intensas como diz a observação do povo, porquanto em experiencia que fizemos (auto experimentação) sentimos os effeitos nocivos desse insecto e podemos apreciar quanto nos custou a experiencia. Levamos vinte e tantos dias com o dorso da mão esquerda ferido, não tendo coçado, nem collocado medicação alguma, de proposito, para verificar todo o effeito da substancia vesicante segregada pelo insecto.

Collocamos dous dos coleopteros em questão (especie *Poederus rutilicornis*) no dorso da mão esquerda e procuramos reproduzir o mais naturalmente possivel o phenomeno como elle se passa na natureza. Depois delles passearem algum tempo a dita região fizemos o punho do casaco comprimil-os ligeiramente, tendo elles nesta occasião, eliminado pela extremidade da porção abdominal (pelo anus provavelmente) um liquido amarello claro (côr de topazio), que seccou rapidamente.

Verificamos um erythema forte em todos os logares onde os podós tinham lançado o liquido vesicante. Esta erythema, acompanhado de forte reacção local, e comichão intensa que se accentuaram cada vez mais, e appareceram no fim de 40 a 50 minutos.

Os symptomas percebidos não são immediatos.

O primeiro symptoma é uma sensação de queimadura, acompanhada de dôr, apparecendo ao mesmo tempo uma areola erythematosa. Se a pessoa se trata logo, fica bôa rapidamente, o que não acontece com as que se coçam violentamente, e as pouco cuidadosas, que infectam a ferida no acto de coçar.

Após o erythema formam-se pequenas vesiculas punctiformes, que depois se unem, transformando-se em vesiculas maiores, que se enchem de um liquido claro e limpido 'A vermelhidão em torno das vesiculas é bastante extensa. Com a evolução, as vesiculas transformam-se em pustulas, tendo as bordas esbranquiçadas, contrastando com a vizinhança completamente erythematosa e inflammatoria. Toda a região é dolorosa e a lesão leva de 15 a 20 dias para cicatrizar.

Temos algumas outras observações feitas em Joazeiro, onde este insecto existe com abundancia nas plantações. O. S., branco, solteiro, bahiano, S. dos S., preto, viuvo, bahiano, C. S., branco, 19 annos, solteiro, bahiano, trabalhadores de campo, todos esses foram feridos no pescoço, no

thorax, etc., porque os insectos cahem das arvores, das parreiras, por occasião da poda, etc.

O Dr. Zenthner, que foi chefe do Horto Florestal de Joazeiro, duvidava como nós e como muitas outras pessôas das lesões produzidas pelo podó e em dada occasião pediu a um seus empregados para obter alguns insectos destes e esmagou-os na face anterior de um dos antebraços. Teve uma fortissima reacção seguida de vesicação e suppuração, acompanhada de comichão intensissima. Os effeitos do podó foram tão fortes que todas as vezes que via uma lesão similhante, perguntava logo se tinha sido produzida por podó. Este facto nos foi narrado pelo Snr. Olegario Silveira, que era chefe de campo do Horto Florestal e que foi por mais de uma vez ferido pelo liquido vesicante dos podós.

A secreção vesicante produzida por este insecto podia ser estudada e aproveitada como vesicatorio, em vez da cantarida, talvez sem os inconvenientes desta ultima.

Era intenção nossa escrever uma memoria mais completa sobre o assumpto, mas a estreiteza do tempo decorrente entre o conhecimento da reunião deste Congresso e a sua installação, porquanto só fomos sabedores do mesmo este anno, em meiados de setembro, obrigou-nos a limitar e circumscrever este estudo a um pequeno numero de arthropodos e das lesões pelos mesmos provocados — deixando, pela razão dita acima de referir, entre outras lesões, as produzidas por muitos outros insectos, taes como, entre os dipteros — os borrachudos (*Simulidios*), os phlebotomos (*Psychodideos*), as pulgas (*Aphanapteros*) e outros; entre os heteropteros — os percevejos (*Cimex lectularius* e outros), os barbeiros (*Triatomas*), etc.; entre os apteros, — os piolhos (*Pediculus capitis, vestimenti, pubis,* etc.), e tantos outros insectos.

Nota sobre el tratamiento de la Lepra

POR EL DOCTOR SANTIAGO RAMÍREZ (México)

Método del autor. Por él ha tratado 72 leprosos, de los cuales 40 se han curado clínicamente de su dolencia.

En los lazaretos de San Joaquín, Tacuba, D. F. y San Fernando, Tlálpam, D. F., comencé, hace cinco años, mis experimentos en el tratamiento de la lepra.

En doce enfermos de la particular clientela lo he continuado.

Los resultados han sido asombrosos. Otros médicos, a los que he recomendado mi método, lo han encontrado como el de elección y el único que les ha dado resultados. Otro más, actualmente, lo experimenta con resultados brillantes, pues dice: "a la cuarta inyección, era patentísima la mejoría de la enferma".

Deseo darlo a conocer de un modo muy extenso, pues si en un remoto no lejano se habla de él, aspiro a tener la prioridad (como creo poseerla en el método de inyecciones endovenosas de aceite alcanforado, ya que hace trece años vengo usándolas).

Quiero excluir de esta nota, las historias de los casos clínicamente curados, para no sugestionar en manera alguna a los investigadores en su tarea.

El método por mí empleado, creo no lo ha sido por nadie.

Difiere totalmente de los conocidos por la chaulmoogra, ginocardato, morruato, etc.

Con motivo de los estudios hechos por mí en el granuloma venéreo, inicié mis observaciones.

El método, sencillo por demás, consiste en lo siguiente:

Inyección endovenosa cada dos, tres, cuatro o cinco días, de una solución de tártaro emético al uno por ciento, en dosis de uno, dos y hasta cinco centímetros cúbicos.

Comienzo por inyectar un centímetro cúbico. Si hay tolerancia, al tercer día pongo otra inyección de igual cantidad; si no hay tolerancia (calentura, náuseas, una que otra vez vómitos y a las veces estados lipotímicos), dejo pasar tres o más días.

Si hay tolerancia con la segunda, aumento la dosis al doble y llego a poner hasta cinco centímetros cúbicos.

Las soluciones que al principio usé fueron en suero fisiológico; parece que traían flebitis con más frecuencia que con las que actualmente empleo, en agua bilestilada estéril, simplemente.

A la quinta o sexta inyección, se nota endurecimiento de la vena, algún dolor, sobre todo en los movimientos de la articulación del codo, el vaso se dibuja o resalta de un modo poco claro. En tal caso, uso el antebrazo opuesto. Cuando se ha llegado a la quinta o sexta en el segundo antebrazo, tenemos ya listo el primero para seguirlo picando.

Deben ponerse las inyecciones con gran lentitud, de este modo se tolera mejor, y hay menor reacción por parte de la endovena.

De todos los enfermos en quienes he empleado el tratamiento, nunca ha habido empastamientos permanentes o flebitis severas. Al que mayor número de inyecciones he puesto ha sido a un leproso sifilítico: le administré cuarenta y seis inyecciones. Fué curioso el hecho de que las lesiones leprosas cedieran admirablemente; no así las luéticas, que necesitaron administración de salvarsán.

En una enferma de 17 años, con lepromas enormes en el ala de la nariz y orejas, que se había tratado copiosamente por el aceite de chaulmoogra, vi ceder la dolencia de un modo clarísimo a la sexta inyección. Marchó a Sinaloa y ahí se puso 18 más. Escríbeme manifestando que se encuentra perfectamente bien; dice esto: "En el sitio donde tenía los abultamientos tan repugnantes, ya no hay nada y sólo la piel está fina y suave y un poco dolorosa". Juzgo que es un proceso netamente cicatricial.

Si con el transcurso del tiempo mis enfermos no vuelven a presentar manifestaciones del mal, creo haber encontrado el tratamiento específico de la dolencia, si fracaso, lo sentiré por los aquejados, pero podré, con visos de lógica, decir esto: *De todos los tratamientos puestos en juego, el que mejores resultados me ha dado es el descripto.*

Invito cordialmente a los investigadores a que lo usen y anoten sus observaciones, que, de resultar, como a mí me ha resultado, se habrá dado un paso en la terapéutica de esta dolencia, que en algunas partes es una plaga y de todos modos un estigma.

Si alguno, antes que yo, ha usado este tratamiento, desearía me lo diera a conocer, ya que abrigo la esperanza de ser yo el primero en haberlo empleado.

Sobre inmuniterapia antileprosa

POR EL DOCTOR TOMÁS G. PERRIN (México)

Juan Much, el ilustre inmunólogo del Hospital Eppendorf de Hamburgo, ha dicho estas palabras:

"Los casos que ofrecen mayores probabilidades de éxito con el tratamiento vacunoterápico, son las enfermedades crónicas, como la lepra y la tuberculosis". Claro está, que estas consoladoras frases no pueden tener el valor de una profecía en boca de quien, al mismo tiempo, estimaba que debían descartarse del tratamiento bacterioterápico las enfermedades en las cuales los gérmenes circulan en la sangre, y que dicha práctica se encuentra principalmente indicada en las enfermedades localizadas. No creo que entre estas últimas podamos incluir a la infección leprosa, ni que el medio interno de muchos tuberculosos se encuentre indemne de bacilos de Koch. Los modernos trabajos de Clough son sobradamente elocuentes a este respecto.

La afirmación de Much, escrita hace más de ocho años, encierra hasta la fecha una cruel ironía, por lo que a inmuniterapia experimental antileprosa se refiere. Si a nuestros trabajos experimentales nos atenemos, los resultados de la toxinoterapia y bacterioterapia antileprosa (autógena y heterógena) son sencillamente desconsoladores.

Pero veamos, antes, si encierran alentadoras promesas los estudios de algunos investigadores ilustres.

Se ha dicho que existe una inmunidad natural contra la lepra. Esto explicaría la dificultad de contagio de esta enfermedad, que generalmente es trasmitida previa prolongada convivencia con leprosos. Much dice que: "la inmunidad natural del hombre para el virus de la lepra es, generalmente, muy grande, considerablemente superior a la que existe en aquél contra la tuberculosis". Deycke, por su parte, sostiene haber visto formas abortivas de la enfermedad: verdaderos casos de curación espontánea. Y la segunda conferencia internacional de la lepra, celebrada en Bergen, la legendaria capital noruega, afirmó la curabilidad espontánea de la infección de Hansen. Pero en esta afirmación vemos, más bien, la noble resolución humanitaria de un asunto de deontología médica, que el esclarecimiento de un problema científico. Colocado el leproso en las más adecuadas condiciones

higiénicas, esperar su curación espontánea nos parece punto menos que absurdo, pero admitida la posibilidad de ello, no caería todo el rigor de las leyes sanitarias sobre el infeliz enfermo. Leyes crueles para el individuo, pero piadosas para la colectividad, que hicieron exclamar a un hijo ilustre de Alemania: "¡cuán fuera de razón estamos prácticamente, cuando, partiendo de una legislación medioeval desarrollada en el tapete verde, se persigue cruelmente, como a criminales, a unos pocos desgraciados que se han infectado en el extranjero, en vez de aliviar su suerte en lo posible!"...

¿Qué elementos aporta la inmuniterapia para la lucha antileprosa?

Carrasquilla, el estudioso médico colombiano, intentó preparar un suero bactericida con material leproso, sin que el éxito correspondiera a sus esfuerzos; Laverde y Otero no fueron más afortunados en sus intentos de sueroterapia. Babés, teniendo en cuenta ciertas analogías anatómicas y fisiológicas entre los bacilos de Hansen y los de Koch, y no habiendo podido aislar aquéllos, utilizó, con resultados poco alentadores, las tuberculinas en el tratamiento de la lepra. Liceaga, en México ,ha empleado dicho tratamiento con resultados relativamente satisfactorios.

Deycke y Much fracasaron con sus inyecciones de bacilos tuberculosos solubilizados. Posteriormente, el primero de dichos autores, aisló en caso de lepra, un estreptotrix ácido-resistente, al que denominó "leproides", considerándole agente de la infección. La inyección de sus cultivos determinaba reacciones en las lesiones leprosas y, al parecer, mejoría en las manifestaciones del mal, pero pronto pudo convencerse este investigador de que sus estreptotrix no eran bacilos de Hansen; no obstante, olvidando las condiciones de especificidad que debe reunir todo preparado inmunoterápico, Deycke extrajo de sus estreptotrix una grasa neutra, cristalizable, a la que denominó *nastina,* preconizando su empleo en la terapéutica antileprosa. Como esta sustancia provoca reacciones generales y locales intensas y peligrosas, la asoció con el cloruro de benzoilo, sustancia desengrasante y leucógena.

De lo que pudo esperarse de la nastina, dió pronto cabal idea su descubridor diciendo (después de haber tratado quinientos casos de lepra), que él (Deycke) nunca habló de curaciones sino tan sólo de mejorías en el estado general, y en los síntomas leprosos.

Dejando a un lado la larga y enfadosa enumeración de tentativas, más o menos infortunadas, llevadas a cabo por gran número de investigadores sobre el aislamiento de bacilos de Hansen en la lepra humana y los trabajos de Stefanski sobre la enfermedad leproide de las ratas, etc., tenemos el deber de recordar que los cultivos de bacilos leprosos logrados tras arduos intentos en el Laboratorio Parel, de Bombay, fueron fecundos en esperanzas para los inmunólogos. Dos han sido los principales cultivos obtenidos: el cultivo Kone Sein y el cultivo Williams. Ambos fueron cuidadosamente estudiados por Rost, Foulerton, Listón, Williams, Clegg, Duval y Bayon. Se concedió carácter específico a los bacilos aislados, en virtud de sus caracteres morfológicos estructurales y tintoriales, de que la inyección de los cultivos en personas sanas no producía reacción apreciable y en cambio determinaba intensas reacciones focales y generales en los leprosos y, por último, de que inoculado por Rost en el mono, produjeron "todas las características clínicas de una lepra tuberculosa, encontrándose en los lepromas bacilos ácido-resistentes, con la agrupación y topografía típicas de los de Hansen".

A esto debemos añadir que, utilizados por nosotros como antígenos, fijaron el complemento en presencia de sueros leprosos. Desgraciadamente, la especificidad de este método es discutible.

Con ambos cultivos, Rost y Williams prepararon dos productos terapéuticos. Uno toxinoterápico: la leprolina; otro bacterioterápico: la vacuna de Rost. Los trabajos expuestos por este autor en la "Gaceta Médica India", los publicados por Williams en el "Diario Médico Inglés" y los que de ambos vieron la luz en las Memorias del Departamento de Medicina y Sanidad del Gobierno de la India, sin ser convincentes, encerraban grandes esperanzas.

De Beurmann y Gougerot, en París, y González Urueña y Cicero, en México, emplearon la leprolina con resultados satisfactorios en los primeros tiempos de su aplicación. Tales estudios fueron expuestos a la Sociedad Médica de los Hospitales de París y a la Academia Nacional de Medicina de México, respectivamente. Por desgracia, trabajos posteriores no reafirmaron el optimismo que los primeros hicieron concebir.

Por lo que a nuestra actuación en este asunto se refiere, he aquí un breve resumen de los trabajos realizados:

El día 13 de octubre de 1913, después de tres meses, llegaron a nuestras manos, por bondadosa deferencia del doctor González Urueña, los cultivos de bacilos leprosos, remitidos del "Bombay Bacteriological Laboratory Parel", contenidos en dos tubos con gelosa, rotulados "Leprosy Williams; 25-7-13". Dichos tubos presentaban sendas colonias acintadas, casi planas, de contornos sinuosos, festonados, y de coloración débilmente anaranjada. Las preparaciones microscópicas revelaron la presendia de bacilos, en cuyo polimorfismo predominaban formas de cocotrix análogas a las aisladas en algunos casos de lepra por Czaplewsky sobre suero de Loeffler. Los bacilos eran ácido-resistentes y quedaban coloreados por el método de Gram. El mismo día practicamos tres siembras de cada tubo en caldo, gelosa y suero de Loeffler. Transcurridos nueve días, se desarrollaron en los tubos de gelosa unas exhuberantes colonias circulares, populosas, húmedas y de coloración anaranjada. En los tubos de suero, las colonias fueron más pequeñas y escasas. En los de caldo, se presentaron bajo forma de copos escasos y amarillentos en suspensión. Los bacilos obtenidos presentaban las reacciones colorantes de los leprosos (Ziehl-resistencia y Gram-resistencia) y lo que hasta cierto punto pudiéramos llamar su polimorfismo característico. La acción aglutinante sobre dichos bacilos del suero de enfermos de lepra diluído al 1 por 50, fué negativa, pero la fijación del complemento en presencia de suero leproso utilizando como antígeno una suspensión de los bacilos en estudio, previamente titulada, fué positiva.

Con dichos bacilos procedimos a la preparación de la "Leprolina de Rost".

Rost llamó leprolina a un cultivo en caldo, de bacilos de la lepra, de seis a siete semanas de edad, filtrando por papel y esterilizando por el calor a 80 grados. Le creyó dotado de propiedades curativas por determinar la formación de anticuerpos específicos en inyecciones intramusculares de dosis variables entre uno y dos centímetros cúbicos, una vez por semana, durante uno o varios años.

Nuestros cultivos en caldo mostraban a las seis semanas una abundante colonización bactérica en el fondo de los matraces. Los cultivos se iniciaron por copos amarillentos en suspensión. Según Rost, deberíamos únicamente homogeneizar dicho cultivo, filtrarle y esterilizarle para obtener

su leprolina. No obstante, estimamos prudente poner en claro los siguientes puntos:

Primero. Investigación de toxicidad.

Segundo. Determinación del número de bacterias que tras dicha defectuosa filtración pudiera contener el cultivo; es decir, de la riqueza micróbica del antígeno.

Tercero. Comprobación de si la permanencia de una hora a 80 grados había sido suficiente para esterilizar el medio, y

Cuarto. Demostración de si en el curso de las maniobras de preparación y ensayo hubo contaminación externa.

Primer punto. Para resolverle practicamos en tres conejos y tres cuyes las inoculaciones intraperitoneal, subcutánea y endovenosa de uno, dos y cinco centímetros cúbicos de leprolina. En ninguno de aquéllos se presentaron fenómenos tóxicos.

Segundo punto. La numeración micróbica aplicando la técnica hematimétrica, nos dió la exigua cifra de 9,600 bacilos por cc. Es decir, que la filtración hizo perder al cultivo la casi totalidad de sus elementos micróbicos.

Tercer punto. Las siembras de la leprolina en los medios de elección de dichos bacilos leprosos fueron estériles.

Cuarto punto. Las inoculaciones intraperitoneales de 5 cc. de leprolina en el conejo y en el cuy, no dieron lugar a fenómenos sépticos. Las siembras en caldo, suero, gelatina y gelosa fueron estériles. La permanencia de los tubos de leprolina en termostato no determinó desarrollo de bacterias.

Con las precauciones mencionadas, autorizamos el ensayo de la leprolina de Rost en el tratamiento de la lepra. Este trabajo fué concienzudamente llevado a cabo por el doctor González Urueña sin que la leprolina produjera resultados curativos apreciables.

Fracasada la toxinoterapia — que como tal, no muy correctamente, se ha considerado el empleo de la leprolina de Rost — procedimos a la preparación de una suspensión bactérica que denominamos "Leprolina R. P." con sujeción de la técnica siguiente:

1.° Crecimiento en gelosa de colonias abundantes y jóvenes.

2.° Disgregación de dichas colonias en solución salina fisiológica estéril.

3.º Homogeneización, graduación por su opacidad según el método de Bruce.

4.º Extensión de la suspensión bactérica al 1 por 9 en solución salina fisiológica estéril, adicionada de 0.25 por ciento de lisol.

5.º Reparto en tubos esterilizados poniendo en cada uno de ellos 1 cc. y cerrándolos acto seguido a la lámpara.

6.º Esterilización a 65 grados durante una hora.

7.º Comprobación, por siembras en gelosa, de dicha esterilización.

Como dosis inicial hemos empleado 1 cc., el cual contiene 0.1 de la suspensión bactérica graduada. A esta dosis y practicando las inyecciones con intervalos de seis a ocho días, evitábamos hacerlo durante las llamadas por Wright **fases negativas**. No estimamos, pues, indispensables las determinaciones del índice opsónico. Para las dosis subsecuentes hemos tenido en cuenta los fenómenos de reacción locales y generales determinados por las primeras inyecciones, sin olvidar que la nueva tuberculina de Wright — análoga a nuestra leprolina R. P.,—aunque no provoca reacción alguna puede producir mejorías clínicamente caracterizadas por aumento de peso, desaparición de la fiebre. etc. La experimentación de la nueva leprolina es muy reciente y se ha hecho en corta escala. Sus resultados hasta la fecha no han sido satisfactorios.

La bacterioterapia autógena de Gougerot, inspirada en los trabajos de Lucca y Laverde, trae quizá una esperanza más, para el tratamiento específico de la implacable infección leprosa.

Se prepara extirpando los lepromas, liberándolos de la piel y tejido adiposo, triturándoles, emulsionándoles en solución salina fisiológica estéril, repartiendo la emulsión en ampolletas y esterilizándoles a 100 grados, durante cinco minutos, o a 70 grados, durante diez, en siete sesiones discontinuas. La riqueza micróbica se graduaría, según Gougerot, hasta obtener diez paquetes bacilares en el hematímetro de Malassez.

Esta apreciación carece en absoluto de valor, tanto por la infinita variedad de tamaño de los paquetes, cuanto por la existencia de muy numerosos bacilos sueltos.

Por otra parte, la numeración de los gérmenes tiene muy relativa importancia, pues el clínico puede inyectar volú-

menes variables de la preparación (generalmente de 1 a 5 cc.), graduando éstos por fenómenos generales focales o locales de la reacción.

Las inyecciones deberán repetirse con intervalos de 6 a 15 días durante largo tiempo. Se podrá considerar clínicamente curado a un enfermo, según Gougerot, cuando no presente lesiones activas ni reacciones con nuevas inyecciones del producto. Y añade el dermatólogo francés: "Exámenes repetidos del suero permitirán seguir y asegurar con más certidumbre que antiguamente, la curación clínica". Suponemos quiere referirse a las investigaciones de fijación del complemento.

Comenzamos, en unión del doctor González Urueña, la aplicación de esta vacuna a dos enfermas del Hospital General, a las cuales y para la preparación de aquéllas fueron extirpados por el doctor Arroyo varios voluminosos lepromas. Las reacciones generales y locales fueron muy poco acentuadas. No obstante, en el curso del tratamiento recibimos un aviso telefónico del doctor Glass, jefe del Pabellón, manifestando que una de las enfermas presentaba notable mejoría. Acudimos inmediatamente al Hospital y no pudimos comprobar cambio notorio en el aspecto de las lesiones cutáneas, pero nos manifestó la enferma que hacía largo tiempo padecía malestar, falta de sueño y pérdida de apetito, habiendo desaparecido aquél, y reapareciendo éstos desde la tercera inyección. Poco después nos vimos obligados a suspender temporalmente tales trabajos. Cuando pudimos reanudarlos, las enfermas ya no se encontraban en el Hospital.

Posteriormente el doctor Cicero envió a nuestros Laboratorios una antigua enferma con lepromas múltiples en la cara y miembros. Enucleados los más voluminosos de aquéllos, preparamos dos cajas con 20 ampolletas de vacuna de Gougerot, rica en bacilos. La enferma abandonó el tratamiento, no habiendo experimentado alivio alguno después de haber recibido 14 inyecciones.

Bien sabemos que los tres casos mencionados no autorizan para lanzar un fallo condenatorio contra la bacterioterapia autógena de la lepra, pero cualquiera que sean los resultados que con la vacuna de Gougerot se obtengan, siempre hemos de encontrar en ella, entre otros el grave inconveniente de que para su preparación, es necesario contar con lepromas. Y aún muchos enfermos que los presentan, no dan material suficiente para un tratamiento individual prolongado.

Algunos estudios microscópicos de la piel de los atabardillados

POR EL DOCTOR JESÚS ARROYO (México)

Miembro de la Comisión Central para el estudio del Tabardillo (tifo exantemático) en Méjico

En el Tomo XXXIV, N.º 3, correspondiente al mes de marzo de 1920, de los "Anales del Instituto Pasteur" de París, se publicó un trabajo titulado "Nota sobre la etiología y anatomía patológica del tifo exantemático de México", firmado por los doctores Wolbach y Tood.

En dicho trabajo, aparte de algunos detalles importantes sobre las lesiones histopatológicas de la piel, en tres enfermos de tifo, se menciona la existencia de un parásito en el endotelio de los capilares cutáneos, bautizado con el nombre de *Dermacentroxenus typhi*, el cual es considerado como agente etiológico del tifo, por los autores mencionados.

La Comisión Central para el estudio del Tabardillo en México, cuando inició sus estudios de esta enfermedad, en el Laboratorio que instaló en el Pabellón de tifosos del Hospital General, en esta ciudad, encomendó al que esto escribe la realización de estudios tendientes a comprobar las afirmaciones de Wolbach y Tood, o a rectificarlas en caso de que los resultados obtenidos difirieran de los que lograron los médicos americanos, constituyendo tales estudios una parte del programa que se trazó dicha Comisión.

Pocos han sido, hasta ahora, los casos estudiados desde el punto de vista que nos ocupa, ya que apenas llegan a siete, pero, ello no obstante, han permitido obtener datos histopatológicos interesantes, de las petequias, que mencionaré después, y en un solo enfermo el hallazgo de corpúsculos semejantes a los que Wolbach y Tood estiman, en mi concepto sin fundamento serio, como el agente etiológico del tabardillo.

A decir verdad, muy pocos son los detalles que se encuentran, tanto en las obras de anatomía patológica, como en las publicaciones periódicas de medicina, sobre las lesiones que caracterizan a la erupción del tifo exantemático.

Para Argaud, que estima que los elementos eruptivos del tifo no son petequias, sino lesiones neuro-epidérmicas que por modificaciones anatomo-patológicas dejan percibir, por

transparencia o directamente, una dermis más o menos coloreada, las lesiones principales, que afirma se encuentran en la epidermis, son las siguientes:

En el estrato córneo: Capa de Remy discrómica; células desorientadas; granulaciones amarillas rodeando como cúpula a un núcleo pálido y casi acromático.

En el cuerpo de Malpigio: Degeneración; vesiculación endocelular; momificación del núcleo; la eleidina ha desaparecido completamente del estrato granuloso; hay una hiperqueratosis tal, que en algunas regiones la epidermis está constituída, casi exclusivamente, de células claras, edematosas, sin núcleo aparente, formando estratos en vías de descamación laminar. En estas regiones tan ricamente queratinizadas, el cuerpo de Malpigio está reducido a una delgada capa que no tarda en desunirse a trechos, provocando en esos sitios la necrosis de la epidermis.

En la Dermis: Los vasos dérmicos, puestos así en descubierto, y sometidos a frotamientos traumáticos, pueden romperse, dando origen a pequeñas hemorragias, que nunca se vierten en la dermis, sino que se fijan como coágulos en la superficie del cráter epidérmico.

En el tejido conjuntivo de la dermis no se observa nada anormal.

Schneider, en preparaciones de "roseola del tifo" coloreadas con hematoxilina-eosina, y con un reactivo especial de las fibras elásticas (no menciona cuál ha usado), encuentra necrosis de la íntima e infiltración perivascular de las túnicas de las arterias cutáneas, formada de células fusiformes y leucocitos. Las lesiones, por lo tanto, están en la dermis.

Nicol, autor alemán, dice que. considerado desde el punto de vista anatómico, el dermo-tifo es una enfermedad de las arteriolas y capilares, que produce una proliferación del endotelio y de la íntima con formación de nódulos perivasculares circunscriptos. Asienta que puede llamarse a la enfermedad *arteriolitis nudosa;* los sitios de predilección de las lesiones son los vasos de la piel (dermis), del sistema nervioso central, y del músculo cardíaco.

Lustig habla de "*las lesiones vasculares características (tumefacción y descamación del endotelio de las arteriolas precapilares, con formación de trombos hialinos en la luz, y una contemporánea infiltración perivascular)*", y asienta que "*la anatomía patológica indica que el dermotifo es una*

infección general con lesiones específicas y focales del sistema vascular".

Wolbach y Tood afirman que "las lesiones cutáneas del tifo mexicano interesan, desde luego, a los vasos sanguíneos, producen trombosis y un recargo importante de células en el tejido perivascular".

Para estos autores "la lesión consiste esencialmente en una reacción proliferativa del endotelio vascular, seguida bien pronto de una infiltración de leucocitos mononucleares en la pared vascular; los vasos delgados y los capilares pueden ser obstruídos totalmente por estas células; los de calibre mayor tendrán más tarde su luz obturada por trombos fibrinosos y celulares".

"En un período más avanzado, las infiltraciones perivasculares son muy acentuadas, y se caracterizan por la presencia de células mononucleares de citoplasma débilmente coloreable, y de leucocitos polinucleares. Estos acúmulos celulares se observan especialmente alrededor de los vasos de las glándulas sudoríparas, a los cuales substituyen algunas ocasiones".

Frankel estima las lesiones en la piel de los pacientes de tifo exantemático "como resultado de un proceso que se desarrolla en las pequeñas arterias cutáneas, muy parecido a la periarteritis nudosa de Kussmaul y Meyer; este proceso consiste fundamentalmente en la necrosis de las paredes, a veces limitada a las *íntimas*, o atacando, también, la *muscularis* de las pequeñas arterias. Otra particularidad que se observa es la infiltración celular alrededor de las ramificaciones arteriales; esta infiltración no se extiende a todo el vaso enfermo, sino que forma un foco aislado. El tejido cutáneo, en sus partes conjuntiva y epitelial, queda ileso".

Desde el punto de vista parasitoscópico, citaré únicamente las afirmaciones de Proescher y Hauser, quienes dicen haber observado "aspectos o apariencias diplobacilares en las células endoteliales vasculares", y el hallazgo ya mencionado de Wolbach y Tood, el *dermacentroxenus typhi*, que ha sido encontrado en las lesiones de los capilares, de las arteriolas y de las venas, en los tres enfermos de tifo estudiados por estos autores, y del cual parásito afirman que se parece al de la fiebre de las montañas Rocallosas— *dermacentroxenus Rickettsi*, — concluyendo que, así como admiten como hecho indiscutible la relación de causa a efecto entre este último germen y la fiebre de las montañas

Rocallosas, la presencia de un microorganismo semejante en las lesiones características del tifo, les incita a considerarlo como la causa de esta enfermedad.

Los estudios realizados por el que esto escribe, han sido hechos siguiendo la técnica recomendada por Wolbach y Tood: biopsia, previa anestesia local, de un fragmento de piel correspondiente a una petequia, fijación en líquido de Zenker, inclusión en parafina, cortes y coloración con el líquido de Giemsa.

Las lesiones encontradas en cada caso son las siguientes:

1.º Enferma M. J. H. — **En la epidermis.** — *Capa córnea.* —Aumentada de volumen por hiperqueratosis; dehiscencia de las laminillas córneas por pérdida de cohesión, y derrame hemorrágico poco acentuado entre las mismas.—**Cuerpo de Malpigio.** — Muy poco desarrollado—hipotrófico,— y en algunas regiones de la preparación falta por completo; estrato germinal desorientado; el pigmento, normalmente limitado a éste, se ha difundido, observándose hasta la capa media; falta el estrato granuloso.

En la dermis. — Infiltración moderada de mononucleares, sobre todo cerca de los capilares, pero sin observar la disposición perivascular de que hablan Wolbach y Tood; en los vasos capilares, congestionados y moderadamente dilatados, proliferación del endotelio — bastante acentuada, —que ha llegado a producir en algunos la obliteración de la luz vascular; en los capilares obliterados hay fenómenos degenerativos de los elementos endotélicos centrales, que se traducen por disminución notable de sus afinidades colorantes, especialmente del núcleo.

No se observan, ya en la luz vascular o en las células endoteliales, los supuestos parásitos de Wolbach y Tood.

2.º Enfermo C. F. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — De volumen aparentemente normal; en algunos sitios de ella se observa separación de las laminillas epidérmicas, y entre éstas, escasa cantidad de sangre derramada. — **Cuerpo de Malpigio.** — Los estratos basal y medio sin otra modificación que haberse difundido el pigmento hasta el segundo, cuando normalmente sólo se limita a la hilera celular inferior; no se observa el estrato granuloso; el desarrollo del cuerpo de Malpigio parece normal, y sólo en una región limitada se ve ligeramente hipoplasiado.

Dermis. — Escasa infiltración de células mononucleares; capilares congestionados con proliferación notable de

los elementos del endotelio, que en algunos ha cerrado la luz vascular.

No se ven los parásitos de Wolbach y Tood.

3.º Enfermo J. F. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — Se observa moderadamente hiperplasiada por hiperqueratosis. —**Cuerpo de Malpigio.**—Su aspecto desde el punto de vista de su desarrollo parece normal; sólo falta en un sitio de la preparación dejando la dermis descubierta; el pigmento se ve difundiéndose ligeramente al estrato medio; no se observa el granuloso.

Dermis. — Hay infiltración acentuada de elementos mononucleares y de escasos polinucleares; congestión de las vénulas y capilares; algunos de éstos — escasos, — de aspecto normal, otros dilatados; proliferación del endotelio de los capilares y en algunos, fenómenos de trombosis; hay ligero derrame hemorrágico entre las láminas conjuntivas de la dermis.

No se ven los parásitos descriptos por Wolbach y Tood.

4.º Enfermo J. C. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — El estrato córneo se observa disgregado por falta de cohesión entre las laminillas epidérmicas; en algunos sitios de la preparación falta; no se ve el estrato lúcido. — **Cuerpo de Malpigio.** — Su volumen, en lo general, parece normal; sin embargo, en algunos sitios se ve poco desarrollado; el pigmento está limitado a la hilera basal; no se observa el estrato granuloso.

Dermis. — Hay escasa infiltración de elementos mononucleares, especialmente cerca de los capilares, sin observar la disposición perivascular; los vasos capilares están congestionados y en algunos se ve moderada proliferación endotelial.

No se observan, ni en las células endoteliales, ni en la luz vascular, los gérmenes de Wolbach y Tood.

5.º Enfermo M. E. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — Disgregada; en algunos sitios reducida a escasas laminillas epidérmicas; en otros falta, dejando descubierta la capa subyacente; no se observa el estrato lúcido. — **Cuerpo de Malpigio.** — Atrofiado en varios lugares, en los cuales todas las células se observan aplanadas; en otros sitios con aspecto normal; no se ve el estrato granuloso. En algunas preparaciones, entre los elementos epiteliales se ven varios capilares cutáneos, con moderada proliferación del endotelio, y en las células del mismo se encuentran unas granulaciones pequeñas, aisladas, en forma de cocos, y teñidas en

azul por el Giemsa. (Se parecen tales granulaciones a los parásitos descriptos por Wolbach y Tood, en que éstos, según dichos autores, se presentan "agrupados en pares, a menudo claramente lanceolados y rodeados de un halo o de una zona clara", además, "se encuentran indiferentemente organismos que afectan la forma de cocos extremadamente pequeños, o la de largos bacilos"). Una de las figuras que ilustran el trabajo de Wolbach y Tood concuerda con parte de la descripción teórica que he reproducido, y presenta semejanza notable con el campo microscópico en que nosotros hallamos las granulaciones mencionadas.

Dermis. — Hay acentuada infiltración de elementos mononucleares, de localización perivascular; los vasos se ven congestionados y con proliferación endotelial, no muy acentuada, en algunos de ellos. Entre los elementos conjuntivos se observan abundantes hematíes. No hemos visto en los capilares de la dermis granulaciones semejantes a las encontradas en el cuerpo de Malpigio.

6.° Enfermo J. G. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — Se observa poco desarrollada; en algunos sitios disgregada; no se ve el estrato lúcido. — **Cuerpo de Malpigio.** — Su volumen es menor que normalmente; en muchos sitios faltan las prolongaciones interpapilares, viéndose liso su borde inferior; no se observa pigmento; se ven algunos capilares entre las células epiteliales de esta región; falta el estrato granuloso.

Dermis. — Hay escasa infiltración de elementos mononucleares, especialmente cerca de los vasos; éstos, en su mayoría, se ven dilatados y congestionados; en muy escasos se observan lesiones poco acentuadas de proliferación endotelial.

Ni en los capilares cutáneos ni en los dérmicos se observan elementos semejantes a los descriptos por Wolbach y Tood.

7.° Enfermo L. C. — **Epidermis.** — *Capa córnea.* — Delgada y disgregada por falta de cohesión de las laminillas epidérmicas; no se observa el estrato lúcido. — **Cuerpo de Malpigio.** — Su volumen parece normal; hay pocas prolongaciones interpapilares; el pigmento se observa tanto en la hilera basal como en el estrato medio; se ven algunos capilares interepiteliales; no se ve el estrato granuloso.

Dermis. — Hay escasa infiltración de elementos mononucleares; se ven pocos capilares con escasa proliferación endotelial.

No se observan en los capilares de la dermis ni en los epidérmicos, los parásitos descriptos por Wolbach y Tood.

A los datos antes expuestos debo agregar que en seis de los casos reseñados he practicado en un fragmento de piel, la impregnación argéntica por el procedimiento de Levaditi-Manouelian, con objeto de investigar si existen espirilas en el tegumento externo, en los sitios correspondientes a las petequias. Hasta ahora, el examen microscópico de las preparaciones correspondientes, nos ha dado resultado negativo, desde este punto de vista.

Por último, como complemento de la investigación señalada en último lugar, he practicado en varios casos de tifo, el siguiente examen: mediante la aplicación de un vejigatorio pequeño, de un centímetro cuadrado de superficie, sobre una petequia, durante 8 a 10 horas, se ha provocado la formación de una vesícula pequeña; tomando con una pipeta esterilizada el líquido de dicha vesícula, se ha examinado detenidamente en fondo oscuro, buscando la presencia de microorganismos espirilares. Hasta ahora no hemos obtenido resultado positivo en estas investigaciones.

Conclusiones

Podemos deducir las siguientes, de lo anteriormente asentado:

Primera. — Las lesiones más comúnmente encontradas en la piel de los atabardillados son: **En la epidermis**, poca cohesión de las laminillas que forman el estrato córneo; **en el cuerpo de Malpigio**, hipotrofia más o menos acentuada; difusión del pigmento y ausencia del estrato granuloso; **en la dermis**, infiltración de elementos mononucleares, de disposición, algunas veces, perivascular; congestión de los capilares y proliferación del endotelio de los mismos, que en ocasiones produce trombosis.

Segunda. — No ha sido frecuente, en nuestras observaciones, encontrar los elementos descriptos por Wolbach y Tood, con el nombre de *Dermacentroxenus typhi*. Como sólo en una ocasión hemos observado formaciones semejantes a dichos elementos, nos abstenemos de emitir opinión sobre el papel etiológico que les ha sido atribuído por sus descubridores.

Tercera. — En las preparaciones de piel impregnadas por el nitrato de plata piridinado (Método de Levaditi-Manouelian), no hemos hallado ninguna espirila.

Cuarta. — Tampoco hemos encontrado microorganismos espirilares en el líquido de vesículas formadas, aplicando un vejigatorio pequeño sobre la piel de los tifosos, en el sitio correspondiente a una petequia.

Bibliografía

Schneider.—Roseole di dermotifo. Citado en Pathologica, Génova, 1.° de setiembre de 1919.

A. L. Fourcade.—Acquisitions récentes sur le typhus exanthématique. Presse Médicale. Paris, 25 de setiembre de 1919.

A. Lustig.—Il dermotifo o tifo esantematico. Riforma Medica. Nápoles. 12 de julio de 1919.

R. Kraus.—Conferencia dada en abril de 1919 sobre **La fiebre petequial (tifus exantematicus), sus focos americanos y su diagnóstico.** Publicada en el ''Boletín de la Comisión Central para el estudio del Tabardillo''. México. 1.° de octubre de 1919.

S. B. Wolbach y J. L. Tood.—Note sur l'anatomie pathologique et l'étiologie du typhus exanthématique au Mexique. ''Annales de l'Institut Pasteur''. París, marzo de 1920.

Nicol.—Studi anatomopatologici sul dermotifo. Citado en Pathologica. Génova. 15 de abril de 1920.

R. Argaud.—Sobre la significación estructural de las máculas del tifo exantemático. Comunicación a la Sociedad de Biología de París, el 29 de noviembre de 1919. Publicada en el ''Boletín de la Comisión Central para el estudio del Tabardillo''. México. (Traducción del doctor Izquierdo). 1.° de junio de 1920.

La Piedra Colombiana

POR EL DOCTOR LUIS E. MIGONE (Asunción)

Director del Instituto Bacteriológico Nacional (Paraguay)

Esta enfermedad, si es que puede llamarse enfermedad, existe también en el Paraguay. Ya hace un tiempo que viene apareciendo con cierta frecuencia, y sobre todo en el año pasado y principios de éste, en los jóvenes que iban a tomar baños en la bahía de Asunción, frente al puerto. Estos jóvenes venían a consultar sobre esta particular molestia que experimentaban al peinarse. El peine no corre sino con fuerza, los cabellos no se aplastan ni enderezan bien, menos estando mojados. Esta infección es más abundante entre los

jóvenes que entre las jóvenes, seguramente por la mayor facilidad que tienen para contraerla.

Cuando se observa la cabellera, se encuentra con más frecuencia en la región del frontal y de los temporales, que en la del occipital.

No la he observado en los viejos, ni en los niños.

Si no se puede cortar al ras del cutis la cabellera, el mal puede perdurar algún tiempo. En este caso, un buen remojado con licor Van Swieten me ha dado un buen resultado.

Esta singular infección se caracteriza por las pequeñas piedritas que se palpan a lo largo de cada cabello. Sobre un cabello se pueden encontrar hasta 10 o 12 granitos duros, negros, fácilmente visibles. Estos granitos hacen que los cabellos atacados se enlacen con los otros y produzcan desorden en la cabellera.

Si se examina al microscopio un cabello así atacado, se ve que cada granito está formado por una colonia numerosa de células poligonales, dispuestas radiadamente en la periferia del grano y encimadas unas sobre otras en el centro, formando un punto acuminado donde las superposiciones son más numerosas. El color es negro en el centro y ligeramente ambarino en la periferia. Los granos no son iguales; son diferentes en tamaño, espesor y color. Todo depende de las superposiciones celulares criptogamánicas.

Numerosísimos son los trabajos que sobre la piedra se han escrito. Yo no los enumeraré. Me basta con referirme al trabajo del doctor Paulo Horta, publicado en las Memorias del Instituto Oswaldo Cruz, del 1911, para señalar una fuente de ilustración sobre la materia.

Los cabellos piédricos, examinados a un fuerte aumento, presentan, en medio de las células poligonales del nódulo parasitario, unas bandeletas retorcidas sobre sí, amelonadas o encerradas en una cápsula. Cuando estas bandeletas fusiformes se maduran, rompen la cápsula envolvente y caen entre las células. Estas cápsulas o quistes de los cuerpos fusiformes, creo deben ser considerados como los ascosporos. Bien examinados, los cuerpos fusiformes presentan unas granulaciones que acrecientan cuando se los tiene en un ambiente húmedo, en donde evolucionan hacia la germinación. Yo considero estos quistes como órganos de conservación extrapilar, como quistes de conservación individual y no como hifas del hongo.

El mejor método de estudio es sin coloración y sin la

fijación; con la potasa misma, ya se observa una alteración de las células parasitarias. Lo mejor es la maceración en agua tibia. Las colonias en medio de cultura de Sabouraud, dan un color blanco al principio y después se hacen de color café obscuro, de chocolate. En estas colonias viejas no se encuentran los quistes de las bandeletas que yo llamo ascosporos, si bien se nota la transformación ampularia de algunas de las células parasitarias, semejantes a las que se encuentran en los quistes.

Soy de parecer que esta forma de "Piedra", por la presencia de los quistes parasitarios en los nódulos piédricos, es de otra familia del hongo que el que produce la "Piedra" en Colombia.

Cuando se observa al microscopio la corteza de algunos crustáceos y moluscos del río Paraguay, se suele encontrar formas criptogámicas que guardan las mismas disposiciones que las de los cabellos.

¿No será un hongo proveniente de las aguas en que abundan estos moluscos y crustáceos, el origen de la "Piedra"?

La sífilis de segunda generación en sus relaciones con la Obstetricia

POR LOS DOCTORES

ALBERTO PERALTA RAMOS (Buenos Aires)

Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Director de la Maternidad del Hospital Rivadavia.

Y

MANUEL LUIS PÉREZ (Buenos Aires)

Adscripto a la cátedra de Clínica Obstétrica.
Médico de la Maternidad del Hospital Rivadavia

Nunca es tan oportuno como en la época actual, recordar la vieja y profética sentencia de Ricord, que en sus últimos años decía: "Si los casos de sífilis que observamos, continúan en el paso que van, llegará el día en que toda la patología interna será tributaria de la sífilis".

No hay duda que, fuera de toda sugestión, desgraciadamente, asistimos, en los tiempos que corren, a la confirmación de estos augurios pesimistas.

Alfredo Fournier daba en su época para París un porcentaje de un enfermo de sífilis por cada 6 habitantes, y Blaschko, para Berlín, uno por cada cuatro. Observemos que aún en ese tiempo, se trataba de una época en que la causa del mal era desconocida y de que fuera de las lesiones mucosas y cutáneas, primarias, secundarias, terciarias y de ciertas manifestaciones terciarias en órganos internos, los conocimientos relativos a la sífilis visceral, como capaz de localizarse en cualquier órgano de la economía, se ignoraban por lo general o, más bien dicho, no se habían difundido las nociones exactas que así lo determinaban.

El estudio de esta última ha dado ocasión a innumerables trabajos contemporáneos, diseminados por toda la literatura mundial, siéndonos muy grato recordar aquí, la labor en tal sentido de nuestro Profesor de Clínica Médica el doctor Mariano R. Castex, quien posee el mérito indiscutible de haber estudiado y apreciado con vistas personales interesantes, un gran material de observación, coordinando, orientando el criterio en muchas cuestiones, y difundiendo por la enseñanza de la cátedra, del hospital y del libro, conocimientos esencialmente útiles para la práctica médica.

La mayor parte de los trabajos modernos son el reflejo de las magistrales lecciones de Alfredo Fournier, fruto de su inmensa experiencia y de su talentosa sagacidad clínica. las que han servido de base para vulgarizar los conocimientos adquiridos relativos a la sífilis visceral terciaria y a un capítulo tan interesante y de tan alta trascendencia, desde cualquier punto de vista que se contemple, como lo es el de las manifestaciones de la heredo-sífilis.

Recordaremos también, para mayor razón de aquella sentencia de Ricord, que no se tenía en aquella época un contralor exacto y científico de la curación de la enfermedad y que predominaba la tendencia a creer que, con un tratamiento más o menos prolongado y metódico, la esterilización de la enfermedad era un hecho. Pero, hoy día, que disponemos de reacciones biológicas y métodos de investigación moderna, la triste realidad nos demuestra, desgraciadamente, lo contrario, y se extiende cada vez más la tendencia a considerar que la sífilis sólo por excepción se cura definitivamente y que la desaparición de las manifestaciones, por largo tiempo, no implica sino suspensión o estado latente de la enfermedad.

Es tal la frecuencia con que a diario observamos las consecuencias lejanas de la sífilis en forma de terciarismo o de sífilis hereditaria, que más de una vez el espíritu se recoge para pensar si no estaremos pasando por una época de sugestión o sifilomanía tendenciosa y unilateral. A poco que se reflexione y se documenten los casos se convence uno de que no hay tal sugestión y el espíritu tiene que rendirse ante la realidad de los hechos observados.

Es tanta la sífilis que comprobamos en todos los ramos médicos, que cuesta creer, en realidad, que haya individuo que no sea sifilítico, por haberse librado del contagio o haberla adquirido por herencia, aún queriendo prescindir de aquellos que la manifestarían, remontando su origen a una tercera o cuarta generación, aceptada por muchos, pero también discutida.

La Obstetricia nos ofrece el mejor campo de observación, para confirmar esos pesimismos que hemos esbozado. Las estadísticas modernas de las maternidades que usan el control de la reacción de Wasermann, dan una proporción de diez a quince veces mayor de mujeres sifilíticas, que en las épocas en que no se usaba, por desconocerse ese medio de diagnóstico, y esto con casos tomados al azar y muchos de ellos con la impresión clínica de una salud perfecta. El perfeccionamiento de los medios clínicos de examen, la individualización más minuciosa y extendida de los estigmas dejados por la lues o impresos por la heredo-lues y la comprobación de las lesiones viscerales donde con mayor electividad ejerce su acción el treponema, clínicamente han obrado en igual sentido.

Todo esto mismo lo corrobora Edmond Fournier, al considerar la frecuencia de la sífilis hereditaria, para afirmar que si antes no se hacía todo lo necesario, en materia de tratamiento, para evitar las consecuencias de la heredo-lues, hoy tampoco, no obstante conocerse mejor los hechos, se hace lo más conveniente para remediar lo que importa esta funesta y fatal herencia. No se evita en la medida necesaria, la procreación culpable por la esterilización de la enfermedad o, por lo menos, por la cura de la herencia previa a la concepción; no se trata a la madre, en todos los casos, durante el transcurso completo del embarazo, de modo de salvaguardar la salud y la vida del hijo, desde el comienzo de su desarrollo en el seno materno; no se valora suficientemente y no se posee todavía el concepto exacto de que la cura de la madre, por más enérgica que sea du-

rante toda la gravidez, no es capaz de poner a cubierto la salud ulterior del niño de las consecuencias heredo-específicas que pueden ponerse de manifiesto en cualquier momento de la vida y ni se interpreta, tampoco, muchas manifestaciones heredo-específicas en el niño, que obligan, en uno y otro caso, a tratarlo, en lo que concierne a tiempo y cuidado, como reclama la sífilis adquirida del adulto.

Todo esto sería, en realidad, el **desideratum** en materia de heredo-sífilis, pero desgraciadamente se choca, todavía, con grandes dificultades en la práctica. Los falsos prejuicios de moral, la ignorancia o negligencia contribuyen en este sentido. Las madres pueden aceptar el tratamiento durante el embarazo, con cierta resignación, ante los fracasos anteriores; y el anhelo de tener un hijo vivo y sano es acicate de gran valor en estas ocasiones; pero, después del parto, con el hijo aparentemente sano, se resisten, por lo general, a continuar el tratamiento y mucho menos a tratar al hijo, que en su ignorancia consideran indemne, tachando, por lo general, de incrédulo o pesimista al propio médico que las aconseja. ¿Y cuál es el porvenir de estos niños así abandonados? No hay duda que las perspectivas son tristes. Su propia fragilidad puede llevarles a la muerte precozmente por enfermedades accidentales; la pérdida de órganos absolutamente necesarios para desenvolverse en la vida de relación son estigmas que le acechan, enfermedades definitivas, tabes, parálisis general, etc., etc., y la muerte súbita o como consecuencia de lesiones hechas en el silencio de la enfermedad abandonada, son las pruebas evidentes de que no se hizo lo que era indispensable y que justificaba los consejos del médico de tratar a esos heredo-específicos, aparentemente sanos, durante un largo período de tiempo con curas intermitentes, de la misma manera como la experiencia de hoy aconseja el tratamiento de la sífilis adquirida del adulto.

Explícase, por dificultad de llenar esas exigencias terapéuticas, de modo elemental, la gran difusión de la sífilis hereditaria con sus peligros, no sólo individuales, sino también sobre la salud de los descendientes, es decir, sobre la especie, como productos generados por individuos heredo-sifilíticos; esa segunda herencia, como la ha llamado Edmond Fournier, y que implica, como consecuencia de la enfermedad que ha atacado las raíces del árbol, el daño sobre las ramas, sobre las flores o sus frutos y que se traduce, del punto de vista del desarrollo del germen, del em-

barazo y salud del hijo (aborto, parto prematuro, mortinatalidad, mortalidad precoz, distrofias, monstruosidades, etc.) en los mismos peligros, las mismas fatales consecuencias, que para los productos de la generación primera.

Se concibe, como con tanta autoridad lo afirma Fournier, el interés de conocer la realidad de estos hechos y de difundirlos, con el fin de prevenir las consecuencias de esta sífilis hereditaria de segunda generación, que debe ser aceptada ante la prueba irrefutable de los casos bien documentados que se registran en la literatura médica y en apoyo de lo que nosotros creemos aprobar nuevos hechos clínicos.

Ese concepto de la herencia sifilítica no es una adquisición moderna; Paracelso, en 1526, treinta años después de la aparición de la sífilis en Europa, ya enseñaba su trasmisión posible.

Augier Ferrier, pocos años después, en 1553, era un convencido del origen paterno o materno de la herencia sifilítica.

Pero es Van Helmont (1) el que en pleno siglo XVII enseña que la sífilis hereditaria puede trasmitirse a muchas generaciones sucesivas; según ese autor hasta la tercera generación inclusive. Raulin (2) y Ribeiro Sánchez (3) después de ese mismo siglo sostenían igual opinión, en contra del criterio de Hunter, quien negaba la herencia sifilítica, habiendo Sánchez, en sus observaciones, llegado a constatar ciertos estigmas distróficos en los heredo-sifilíticos.

Se sucede a las opiniones vertidas por estos maestros una era de discusiones y polémicas, difíciles de seguir, que se circunscriben en una época más moderna, a partir de 1891, en que Alfredo Fournier, con toda la autoridad que representa en su libro "L'hérédité syphilitique", se declara un convencido de la trasmisión de la lues a las genera-

---

(1) **Van Helmont J. B.**—Les oeuvres de: traitement des principes de médecine et physique pour la guérison assurée des maladies. Lyon, 1670.

(2) **Raulin M.**—De la conservation des enfants. Paris, 1768.

(3) **Ribeiro-Sánchez.**—Observations sur les maladies vénériennes. Paris, 1785.

ciones sucesivas y a partir de 1897 en que Barthélemy (1) en el Congreso de Moscou aporta hechos en apoyo de las doctrinas del gran sifilógrafo francés.

Posteriormente a esas fechas, en 1895, 1900 y años sucesivos, Edmond Fournier (2), Barthélemy, Finger, Jullien, Tarnowsky (3), aportan nuevos hechos en apoyo de la herencia luética para responder a los numerosos, también, investigadores que la niegan. En 1904 Edmond Fournier (4), por encargo de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía de París, lleva una encuesta muy minuciosa para responder a la pregunta formulada por ella: ¿Existe una sífilis hereditaria de segunda generación?, y después de documentarse con 116 casos recogidos, de entre los archivos de su padre, su archivo personal y la literatura mundial, llega a una conclusión netamente afirmativa.

Hasta 1910 muy pocos casos más se agregan a los ya acumulados; ellos son los de Meschtschersky, Chirivino, Boeck, Burgsdorf, Stozeminsthy, Taylor, Mast, citados todos ellos por Bergrath (5), asistente de la Clínica de Zieler, en una publicación al respecto, donde agrega otra observación personal, a los ya citados.

Este pobre porcentaje de casos, bien documentados, extraídos de toda la literatura, tiene su explicación categórica ante la dificultad que existe de reunir los requisitos indispensables para hacerlos insospechables y que, como el mismo Fournier lo ha determinado, consisten, con respecto a los nietos: 1.° que ellos sean afectados indiscutiblemente de una lesión sifilítica o de una distrofia, pudiendo legítimamente ser referida a la tara sifilítica, y 2.° que estos nietos no sean sospechados de una sífilis adquirida por su propia cuenta.

---

(1) **Barthélemy.**—Essai sur les stigmates de para-hérédo-syphilis de seconde génération. Comp. Rendus du XII Congrès International, Moscou, 1897. S VIII.

(3) **Fournier E.**—Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Paris, 1898.

(3) **Finger, Jullien, Tarnowsky, Fournier.**—Comp. Rendus du XII Cong. Inter., Paris, 1900.

(4) **Fournier E.**—Hérédo-syphilis de seconde génération. Paris, 1905.

(5) **Bergrath R.**—Sobre sífilis cong. en la 2.ª generación. Arch. fur Dermatologie u. Syphilis, 1910, t. 105.

Con respecto a los padres: 1.° que uno de ellos sea indudablemente afectado de heredo-sífilis. 2.° que el genitor heredo-luético no sea sospechoso de una infección sifilítica adquirida, sobreagregada. 3.° que el otro generador no sea sospechoso de sífilis adquirida.

Con respecto a los abuelos, que uno de ellos haya sido indudablemente afectado de sífilis adquirida.

Según Fournier lo afirmó, todas estas condiciones, "sin excepción", deben encontrarse realizadas, y si falta, una sola observación puede ser legítimamente tachada de sospechosa.

Y a renglón seguido agrega: "Ella, bien puede, yo lo admito, ser más o menos significativa, más o menos sugestiva, más o menos interesante desde diversos puntos de vista, y, por consiguiente digna de conservar; pero, por ella sola, no es bastante demostrativa y no tendrá valor más que por comparación, por aproximación con otros hechos parecidos, que, si lo son en gran número, vendrán, por este número, a constituir una demostración de probabilidad, sobre el valor de la cual yo habré de insistir más lejos".

La pobreza de la casuística, como se reconocerá, surge de las dificultades que hay que allanar, de los obstárulos a vencer para deducir, definitivamente, sin dar lugar a dudas, que se trata de un sifilítico de segunda generación.

Y hay autores que todavía en sus exigencias van más allá al manifestar que sólo se declaran convencidos de la existencia de esa lues hereditaria, cuando hallen realizada la situación ideal, que no es la descripta más arriba, sino aquella que agrega todavía a las ya reunidas, la de ver nacer de una madre, hija de padres sifilíticos con estigmas de sífilis hereditaria, un niño portador de lesiones sifilíticas y que, además, como control, el padre de dicho niño haya contraído la sífilis poco tiempo después del nacimiento de su hijo.

El mismo Fournier, al discutir tales exigencias, duda que este conjunto se encuentre jamás reunido de un modo tan completo y tan perfecto, y a renglón seguido asegura que, entre todas sus observaciones, no tiene ninguna con tanta exigencia, pero, en cambio, posee muchas que reunen, a su juicio, condiciones de seguridad tales que, por su número, por la calidad de los observadores y la similitud de los hechos referidos, presentan garantías mutuas de autenticidad suficientes para llevar el convencimiento a los más escépticos.

En nuestra búsqueda de varios años, entre las asiladas del Servicio de Maternidad que uno de nosotros dirige, hemos tenido la rara fortuna de poder reunir siete casos, a nuestro parecer insospechables, a pesar que desde ya confesamos no reunen las condiciones ideales que los opositores a la ley de la lues de segunda generación pretenden, pero sí consideramos que encuadran dentro de los postulados que Ed. Fournier exige.

La posibilidad de haber podido reunir varios casos que referiremos en seguida, encuentra su explicación, para nosotros, en la clase de servicio hospitalario de donde los hemos recogido — un servicio de maternidad — con un movimiento de 1,200 a 1,300 mujeres por año, en donde se examina detalladamente a toda embarazada o parturienta que pide asilo y en donde, ante cualquier sospecha, se hace concurrir para su examen clínico y serológico a los miembros de la familia que se cree necesarios.

Pasemos a nuestras observaciones:

OBSERVACIONES

Observación 1. .—Historia clínica N.° 407, de 1919.—**Diagnóstico:** Heredo-lues materna. Estrechez mitral pura. Parto prematuro espontáneo. Heredo lues de segunda generación. Emma J., 35 años, peruana, 9 ds. Fecha de entrada, 10 de abril de 1919.—**Antecedentes hereditarios y familiares:** Padre fallecido de apendicitis. Madre fallecida de parto; tuvo 3 embarazos, el primero de término, hijo vivo, el último embarazo fué gemelar, prematuro, gemelos varones, falleciendo, a consecuencia del parto, la madre, y a los pocos días los mellizos. Le queda, por consiguiente, una hermana, que se examina y se le encuentran distrofias heredo-luéticas típicas; progmatismo del maxilar superior, alteraciones en la implantación dentaria; cráneo natiforme; en el antebrazo derecho tiene una cicatriz adherente al hueso, secuela de una supuración aparecida a los 14 años que demora dos años en curar.

El resto del examen somático es negativo, a no ser la alopecía marcada de la cola de las cejas, que son índice de trastornos tiroideos anteriores. La reacción de Wassermann es dudosa.

Nos refiere la examinada, que es casada con un hermano del marido de nuestra enferma, dos hermanos casados con dos hermanas, que ha tenido tres embarazos, con las siguientes particularidades: el 1.er hijo nace con fisura del paladar y muere a los 7 meses; el 2.º nace a término, con cráneo deformado (irregular), supuración de oído desde el momento del nacimiento, muere también a los 7 meses; el 3.er hijo ignora si vive; partos de término.

Antecedentes conyugales: El marido niega haber tenido enferme-

dades venéreas. Ha tenido fiebre tifoidea. Por el examen es hombre delgado, bien constituído, no hay estigmas de ninguna naturaleza y el examen de los órganos no da ningún signo sospechoso. La reacción de Wassermann es negativa.

Antecedentes personales (fisiológicos): La enferma es producto de un parto prematuro, de siete meses; comienza a caminar recién a los 3 años, no sabe por qué. Tiene su primera menstruación a los 11 años, las reglas han sido siempre abundantes e indoloras, últimamente fueron escasas.

Patológicos: A los 6 años padece de sarampión y coqueluche. A los 11 años tuvo un ataque de reumatismo que le hizo guardar cama por un mes; desde entonces no ha vuelto a padecer.

Obstétricos: Casada hace 14 años con un primo hermano, ha tenido 6 embarazos; el primer hijo nació muerto y macerado, de término, y la enferma explica la muerte porque, estando al final de embarazo, tuvo que pasar la Cordillera (?); el 2.° embarazo terminó por aborto a los dos meses; el 3.° nació de término, con aplicación de forceps, muerto; fué atendida en la Maternidad del Hospital Rawson y no sabe la enferma si el niño murió consecutivamente a la operación; el 4.° nació en nuestra Maternidad con aplicación de forceps, embarazo de término, murió a los 7 meses, de pulmonía; el 5.° parto, prematuro, de 7 meses, nació asimismo en nuestra Maternidad, falleciendo a los 16 días súbitamente, después de una convulsión; refiere la enferma le dijeron que era enfermo del corazón.

Actualmente, nuevamente embarazada, tiene su última menstruación el 28 de julio y le dura sólo un día; comienza a sentir los movimientos activos del feto a los 4 1|2 meses de estar embarazada.

Estado actual: Se le examina el 11 de abril. Se comprueba mujer de talla mediana, piel blanca, panículo adiposo discreto y, sin edemas.

Al examen del esqueleto se comprueba cráneo pequeño, frente olímpica clásica, nariz en silla de montar, ligero prognatismo del maxilar superior y pésima implantación dentaria; hay, además, rugosidades tibiales bien marcadas.

Aparato respiratorio normal, digestivo y urinario ídem. Corazón: soplo presistólico en la punta, con primer tono duro; hay frémito a la palpitación; pulso regular, igual, tenso, 100 pulsaciones. No hay várices.

Examen obstétrico: embarazo de 8 meses, presentación cefálica, O. I. I. T., auscultación positiva.

Los diámetros externos están ligeramente disminuídos; 18 1|2, 21, 24, 29.

El promonto pubiano mínimo da 10 centímetros y el sacro es poco excavado.

El examen de orina da vestigios de albúmina.

La sero-reacción de Wassermann, negativa (sin reactivar).

El 1.° de mayo, a los 8 1|2 meses de embarazo, comienzan los do-

lores del parto, y a las 14 horas de iniciado, da a luz, espontáneamente, un niño de sexo masculino, de 2,600 gramos de peso.

Alumbramiento espontáneo; la placenta, sin particularidades, pesa 500 gramos, la relación feto-placentaria es de 5.2. Se mandan buscar espiroquetas en los frottis de placenta, al ultramicroscopio, y el resultado es negativo.

Método Mannehan igualmente negativo, así como el estudio de las vellosidades y del sistema vascular placentario.

La enferma, a los 11 días del parto, es dada de alta.

El niño no presenta nada de particular, excepción hecha de su débil peso y del estado de prematurez; se le saca sangre por punción del seno longitudinal, 3 cc., y se hace la Reacción Wassermann con resultado débilmente positivo.

Consideraciones. — En esta primera observación, han faltado los datos de los abuelos; pero es muy importante el examen que se ha podido hacer, con todos los detalles, de la hermana de la mujer sometida a nuestra observación, en la que se encuentran distrofias heredo-luéticas típicas y secuelas de su heredo-lues en actividad en determinada época de la vida; se agrega a ello, los datos concernientes a los hijos de esta mujer, que aunque no los hayamos examinado, así como tampoco al esposo, hermano del marido de nuestra enferma, son muy característicos: fisura de paladar, supuración del oído, polimortalidad de 66 o|o.

El padre del marido de nuestra enferma, ha sido hombre sano siempre y de su examen, así como de la reacción de Wassermann, no se deduce nada que hable a favor de la sífilis.

En cambio, su mujer, el caso de nuestra observación, recién comienza a caminar a los 3 años y por el examen somático, se descubren estigmas típicos heredo-luéticos y una lesión cardíaca congénita.

Vemos así, que los dos únicos hijos vivos, de aquellos abuelos (que no hemos podido examinar) son productos heredo-luéticos indiscutibles. Nuestro caso, casada con un primo hermano, tuvo 6 embarazos, de los cuales: 1 aborto, 1 muerto y macerado, 1 fallecido a los 16 días de nacer, de parto prematuro, con enfermedad cardíaca congénita; los otros dos, también fallecidos, y el último, parto prematuro, el único que vive y que hemos examinado, débil, de poco peso, con reacción de Wassermann positiva débil.

La ausencia de los datos de los abuelos, lo que impide cumplir la exigencia primera de los postulados de Fournier, en nuestro entender, no tiene aquí mayor importan-

cia, desde que por el examen de sus dos hijos tenemos asegurada la presencia de sífilis en algunos de los genitores. Barthélemy (1) en dos de sus observaciones ignora los datos de los abuelos, lo que por el reconocimiento de estigmas heredo-luéticos en los hijos, no le impide, a **posteriori**, suponer la herencia anterior; Antonelli (2), en un caso similar, llega a igual conclusión; el mismo Edmond Fournier (3) en la observación 98 de su encuesta ya referida, llega al diagnóstico de heredo-lues de 2.ª generación, en los hijos de una tabética juvenil cuyos padres no ha examinado, pero en la que, aparte de su enfermedad, se constatan distrofias que hablan en ese sentido; en la observación 100 tampoco conoce el dato de los abuelos.

Los postulados que se refieren a los padres de los productos luéticos de segunda generación, se encuentran llenados y a conformidad; la madre, por todo lo que hemos referido, es indiscutiblemente una heredo-específica, como lo es también su hermana; el marido ha sido siempre sano, no tiene ningún signo que lo haga sospechoso y la R. biológica está de conformidad con los datos clínicos. En lo que concierne a la sospecha de que una infección sifilítica adquirida se haya sobreagregado en esa mujer, nada autoriza a pensar así y como dato ilustrativo podemos referir que se casó con su actual marido a los 21 años, haciendo vida genital y habiendo tenido durante este tiempo 6 embarazos. La interpretación exacta de este último postulado, depende únicamente de la sinceridad del sujeto interrogado, y tan es así, que en todo lo que hemos recorrido de observaciones citadas en apoyo de ésta la herencia luética, los autores prescinden de este dato; además, y como veremos en seguida, esa infección, en nuestra enferma, debía haber sido adquirida o sobreagregada durante la infancia o en pubertad, siempre antes de su matrimonio, desde que en el primer embarazo ya se pone de manifiesto la virulencia de su enfermedad.

Por último, los datos relativos a los productos de los embarazos consignan: abortos, 1; macerados, 1; partos prematuros, 2; muertos precoces, 1, y otro que no se sabe si

---

(1) **Barthélemy.**—Thèse E. Fournier, Ob. 386 e 387.

(2) **Drey.**—Com. Antonelli, "Bull. de la Soc. de Dermatologie", 1896.

(3) **E. Fournier.**—Syphilis héréditaire, etc., loc. cit.

murió consecutivamente al traumatismo sufrido en el parto u obedeciendo a la misma causa que los anteriores.

Se agregan a esto, todavía, una enfermedad cardíaca congénita y la R. de Wassermann positiva en el único superviviente de estos 6 productos fundadamente sifilíticos.

No hemos de insistir mayormente sobre la causal de este 85 o|o de mortalidad, desde que nadie discute ya que la etiología más frecuente de la interrupción del embarazo y de la muerte del feto, obedece a la sífilis. Queremos, sí, hacer resaltar, con esta observación, tan demostrativa, a todas luces, la virulencia tan grande y las consecuencias tan comparables a la de la sífilis adquirida.

E. Fournier, sobre 367 embarazos en heredo-luéticas, consigna 118 abortos, 59 nacidos vivos y muertos poco después, 192 nacidos vivos con sobrevida ulterior, es decir, un total de 48 o|o de mortalidad. Tarnowsky da 31 o|o de mortalidad; Jullien 35 o|o, sin contar los abortos y los muertos a poco de nacer, 40 o|o de mortalidad total. Alfred Fournier, Pinard, Etienne, en 1899, ante la Academia de Medicina de París, refieren resultados con sus estadísticas personales, más sombríos todavía (59 o|o de mortalidad entre los hijos nacidos de padres heredo-sifilíticos).

Y si, depurando más los hechos, tratamos de averiguar el número de hijos sanos, producto de estos matrimonios de heredo-sifilíticos, las cifras son desconsoladoras. Bástenos citar la estadística de E. Fournier, en la cual, sobre 367 embarazos, sólo se consiguen 31 niños sanos; sólo el 8 o|o, o como él lo dice con gran elocuencia: "9 individuos indemnes sobre 100 nacimientos en familias con tara ancestral sifilítica.

Observación 2.ª—Historia clínica número 670 de 1919.—**Diagnóstico:** Heredo-lues. Insuficiencia y estrechez mitral. Hiposistolia. Metrorragias. Parto prematuro espontáneo. Heredo-lues de 2.ª generación. Clara F., 35 años, rusa, Q. ds. Entra 3|VII|919. **Antecedentes hereditarios:** Padres muertos, ignora de qué, el padre a los 52 años, la madre a los 35—la madre tuvo 7 embarazos: 2 abortos, 3 hijos muertos en la primera infancia, ignora la causa,—vive un solo hermano, que se examina; es estrábica congénita, casada, ha tenido 7 embarazos, 4 abortos y 3 hijos vivos y sanos. Examen somático negativo. La Reacción Wassermann negativa.

Antecedentes conyugales: El marido es hombre robusto, no es bebedor ni fuma; interrogado repetidas veces, niega toda enfermedad venérea. Ha tenido con otra mujer una hija que hoy tiene 14 años, cuyo examen no nos revela nada de particular. En el examen somático del marido, igualmente no se encuentra nada de particular.

La Reacción Wassermann negativa.

Antecedentes personales fisiológicos: Ignora la fecha en que comenzó a caminar, menstrua por primera vez a los 13 años, reglas siempre regulares, de 4 días de duración, poco abundantes.

Patológicos: En la infancia no ha padecido enfermedad alguna; desde hace 10 años comienza a sentir fatiga al menor esfuerzo; nota, además, en los miembros inferiores, que aumentan cada vez en los embarazos.

Obstétricos: Ha estado embarazada anteriormente 7 veces; el primer embarazo fué a término, el hijo muere a los 9 meses, de causa ignorada; el 2.o embarazo de término, mujer, vive aparentemente sana; el 3.° aborto espontáneo, de 5 meses; el 4.° parto espontáneo, con hijo vivo, que muere a los 7 años, en tres días, de ataque a la cabeza; el 5.° aborto espontáneo de 3 meses; el 6.° embarazo a término, parto espontáneo, hijo vivo, tiene actualmente 3 años; el 7.° embarazo de término, el niño muere a los 5 meses, ignora la causa.

Se examinan los dos hijos vivos de la enferma; son dos heredo distróficos típicos, ambos tienen dientes de Hutchinson, paladar ogival, son decrépitos, mal nutridos.

El resto del examen somático es negativo.

Con fecha 15 de setiembre de 1920, la enferma nos trae el hijo de 3 años, con hematurias; refiere que éstas habían aparecido en otra ocasión; sometido el niño, que está pálido y demacrado, a un tratamiento mercurial a base de fricciones, las hematurias desaparecen y el estado general mejora; la Reacción de Wassermann es entonces positiva débil. El 3 de julio ingresa la madre a la Maternidad, embarazada de 8 meses y, manifestándonos que, desde hace más de un mes, pierde sangre por la vulva con intermitencias, en cantidad apreciable, en cualquier hora y sin ningún dolor.

Se le examina con fecha 3 de julio y se comprueba mal estado general, piel blanca, poco pigmentada por el embarazo, con facies cianóticas (labios, orejas, nariz, etc.), panículo adiposo muy escaso, edemas grandes en los miembros inferiores y regiones declives del dorso.

El estudio del esqueleto nos muestra protuberancias parietales y frontales salientes, frente olímpica, con circulación venosa frontal muy apreciable; pupilas desiguales, la izquierda mayor que la derecha; cuello con glándula tiroide levemente aumentada de volumen e ingurgitación venosa en la base; baile arterial y venoso; a la auscultación del corazón se comprueba un doble soplo en el foco mitral que se propaga hacia la axila y demás focos.

Pulso regular, igual, poco tenso y de frecuencia aumentada.

Disnea objetiva (34 respiraciones), por la auscultación se oye, en ambos pulmones, rales difusos, roncus y sibilancias.

El examen del vientre permite comprobar un embarazo de 7 1|2 meses con presentación cefálica.

La pelvis es normal. La auscultación fetal es positiva.

Examen de orina: albúmina 1 o|oo.

Reacción de Wassermann, negativa.

Reacción de Wassermann después de reactivación con bicianuro de mercurio, positiva débil.

Al día siguiente comienzan los dolores del parto, y, a la hora 30 minutos, nace el niño de 2,050 grs. de peso.

El parto, a pesar de la hiposistolia, termina sin mayores inconvenientes. Alumbramiento natural.

La placenta estaba inserta en el segmento inferior, tipo marginal, pesa 650 grs., relación feto-placentaria, 1 a 3; no ofrece ninguna particularidad.

Durante el puerperio el estado de hiposistolia se agrava; se le prescriben tónicos cardíacos, diuréticos, etc.; la enferma mejora y es dada de alta en buenas condiciones.

Del examen del hijo nacido en la Maternidad, excepción hecha de su estado de debilidad consecutiva a su prematurez, nada se puede deducir. A los 4 meses se le examina nuevamente y no se le halla nada de particular, el aumento de peso ha sido progresivo. Desde el nacimiento se instituyó tratamiento antisifilítico.

Mientras estamos escribiendo este trabajo, junio de 1921, vuelve a ingresar a la Maternidad nuestra enferma, embarazada de dos meses y medio, con insuficiencia cardíaca aguda por bronconeumonia gripal, falleciendo a los dos días. (Historia clínica 538 de 1921).

La autopsia comprueba la antigua lesión cardíaca y el proceso pulmonar causa de la muerte.

Consideraciones. — Los abuelos no nos legan datos de infección luética; es interesante consignar dos abortos, tres hijos muertos de corta edad sobre un total de siete embarazos, y, sobre las dos únicas hijas mujeres que sobreviven, una de ellas es estrábica congénita (estigma heredo-luético bien puesto de manifiesto por Sorrentino (1), Fucci (2), Pernet (3), Alfredo Fournier (4), etc., tiene 7 embarazos, de los cuales 4 terminan por abortos. No hemos, sin embargo, examinado al marido de esta enferma, ni a sus hijos, para sacar alguna conclusión, como productos heredo-luéticos de segunda generación.

La otra hija es nuestra cliente y también presenta un

---

(1) **Sorrentino.**—"Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", 1903.

(2) **Fucci.** — "Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", 1903.

(3) **Pernet.**—Brit. Jour. of dermat., 1899.

(4) **E. Fornier.** — Stigmates dystropiques de l'hérédo syphilis. Thèse, Paris, 1898.

conjunto de estigmas que permiten clasificarla como heredo-luética: bosses frontales y parietales salientes, frente olímpica, circulación venosa frontal muy marcada, (descripta por Barthélemy y puesta de relieve por E. Fournier, (1) como estigma de lues y reconocida en distintos enfermos rotulados bajo ese diagnóstico), pupilas irregulares, desiguales, lesión endocárdica, etc., etc.

El marido de esta enferma es sano y por nuestro examen no revela nada de particular y, por otra parte, la hija que ha tenido con otra mujer, no presenta, tampoco, estigma o lesión alguna.

Por el contrario, los productos que nacen de la unión de ese hombre sano con la heredo-luética, ofrecen caracteres de heredo-especificidad. De ocho embarazos, dos terminan por aborto, uno por parto prematuro y los restantes por partos de término. De los 6 hijos nacidos vivos, tres mueren de corta edad, uno a los cinco meses, otro a los nueve meses, y otro a los siete años de meningitis: por último, de los tres hijos vivos, dos, los mayores, son heredo-distróficos, con dientes de Hutchinson, paladar ojival, etc.

Aparte de que ya en el corto transcurso de su vida, uno de ellos ha padecido de hematuria esencial, que cede al tratamiento mercurial instituído, la sero-reacción de Wassermann es también positiva.

Por fin, su último hijo, nacido en nuestra Maternidad y como consecuencia de un parto prematuro, no achacable, por cierto, en todo, a la sífilis, desde que en ese momento nuestra enferma atravesaba un episodio agudo de insuficiencia cardíaca, no nos permite agregar nada a lo dicho ya en materia de confirmación heredo-luética: pues en los recién nacidos o niños de pocos meses, hay gran dificultad en reconocer distrofias de ese origen, a no ser que se trate de verdaderas malformaciones o monstruosidades.

Pero, ¿necesitamos, acaso, más datos, para aseverar, que esos niños heredo-luéticos, son hijos de madre heredo-luética, sin necesidad de hacer intervenir para nada en la constitución de sus estigmas y lesiones la influencia de un padre con sífilis adquirida, tanto más conociendo los datos relativos a los hijos engendrados por los abuelos maternos, fallecidos todos, a excepción de dos que reconocemos con estigmas y de los cuales uno es nuestra enferma?

---

(1) **E. Fournier.**—Loc. cit.

La lues de segunda generación, en la historia que comentamos, se ha mostrado tan grave como si se tratara de la primera generación.

Observación 3.a — Historia clínica N.o 1169 de 1919. — **Diagnóstico:** Heredo-lues materna. Aortitis. Parto gemelar univitelino. Lues de 2.a generación. Elena H., 20 años, argentina. Fecha de entrada 12 de diciembre de 1919. **Antecedentes hereditarios y familiares:** Padres vivos y sanos. El padre, por confesión propia, dice haber contraído sífilis hace 31 años y nunca haberse tratado; su enfermedad fué diagnosticada en España; cree haber sido siempre sano. Se trata de un hombre de 58 años, que no revela nada de particular al examen somático.

La Reacción de Wassermann es negativa.

La madre, de 48 años, bien conservada, padece de aortitis y arterio-esclerosis.

La Reacción de Wassermann es negativa.

Nos refiere que tuvo 12 embarazos; los dos primeros terminaron por abortos espontáneos; de los 10 partos restantes de término, el 1.er hijo nació muerto, después de 4 días de haber dejado de sentir los movimientos activos; el 3.° murió a poco de nacer, sin saber por qué; otro de un accidente, y otro a los 4 años, con convulsiones. Los 6 hijos vivos, actualmente están sanos; uno tuvo, con anterioridad, meningitis a los 2 años, y se curó con fricciones mercuriales.

Antecedentes conyugales: El marido ha padecido de blenorragia; afirma no haber tenido chancros; gran fumador.

El examen somático no da nada de particular.

La Reacción de Wassermann es negativa.

Antecedentes personales (fisiológicos): Menstrua a los 12 años, reglas regulares dolorosas, 4 días de duración. Se casa a los 18 años.

Patológicos: Sarampión en la infancia.

Obstétricos: No ha tenido abortos; actualmente está embarazada de término, no habiendo sufrido trastorno de importancia.

Estado actual: Mujer de 160 centímetros de altura, 64 kilos de peso, con panículo adiposo en discreta cantidad, sistema muscular normal; piel blanca, sin cicatrices ni manchas, con grandes edemas en los miembros inferiores.

Sistema óseo bien desarrollado, son de notar las clavículas con crestas rugosas, muy mala implantación dentaria y paladar ligeramente ojival.

Por el examen del corazón se constata un soplo sistólico en el foco aórtico. Pulso regular, rítmico.

Al examen del vientre se comprueban las paredes abdominales a gran tensión; abdomen ocupado por el tumor uterino de 43 centímetros de altura.

Existe edema en la región supra-pubiana.

Los órganos genitales externos son asiento de una infiltración

ademaiosa enorme, que se incinde ampliamente, dando salida a cerca de 500 gramos de líquido. El análisis de orina da 6 grs. 50 de albúmina.

La sero-reacción de Wassermann: negativa (sin reactivar).

El 19 de diciembre, nuestra cliente da a luz dos fetos de sexo femenino.

Placenta única: embarazo gemelar univitelino biamniótico; la torta placentaria pesa 750 grs., de forma irregular.

Los recién nacidos pesan 2,200 y 1,950 gramos, respectivamente, y no presentan ninguna particularidad, a excepción de que la Reacción de Wassermann fué francamente positiva en el segundo.

Consideraciones. — En esta enferma, tenemos, bien claro y determinado, el dato del abuelo, de que hace 31 años adquirió un chancro sifilítico, y de que, a pesar de no haber sido tratado, nunca tuvo manifestaciones de importancia, ni la enfermedad ha dejado en su organismo nada característico.

No sucede lo mismo con la abuela materna, en la cual, aparte de su aortitis, como lesión avanzada en una mujer de 48 años, la historia de sus embarazos revela la lues contagiada por su esposo. De un total de 12 embarazos se consignan 2 abortos, 1 niño muerto en el vientre, 2 fallecidos precozmente, sin conocer la causa en el primero, y con convulsiones el segundo. 41.65 o|o de mortalidad global, atribuible a la lues heredada en 2.ª generación, siendo digno de notar que entre los 6 hijos restantes, al parecer actualmente sanos, lo que no nos ha sido posible comprobar, uno de ellos padeció de fenómenos meníngeos que retrocedieron con tratamiento hidrargírico.

Uno de estos 6 hijos es nuestra enferma, madre de productos luéticos de segunda generación que habremos de estudiar.

Esta mujer, de 20 años, presenta estigmas distróficos clasificados entre los heredo-luéticos, y una lesión aórtica, característica, que a su edad y sin otro antecedente, debemos necesariamente atribuir a su enfermedad heredada.

El marido no es objetable, desde ningún punto de vista, como hombre sano; no revela estigmas de ningún orden y la reacción biológica de la sangre es negativa.

De esta heredo-luética, primeriza, nacen en nuestra Maternidad dos fetos, productos de un embarazo gemelar univitelino, característica ovular tributaria en general a la sífilis.

Desde época remota el embarazo gemelar, había sido ob-

servado con mucha frecuencia en familias de sifilíticos, y en el estudio posterior de las características ovulares, se estableció una separación bien neta entre los embarazos bivitelinos y los univitelinos, considerando a aquéllos, simplemente, como una particularidad de la postura ovárica, o cuando más, un paso hacia atrás en el atavismo de la escala zoológica, mientras que a los últimos, los univitelinos, estudios más modernos, y estadísticas de las que nosotros hemos hecho buena cuenta, (1) los consideran como el punto de partida hacia la formación de monstruos y como siempre obedeciendo en su formación a factores tóxicos, entre los cuales, la sífilis, sin ninguna duda, se destaca con derechos plenamente adquiridos. La reacción de Wassermann positiva en uno de los gemelos de nuestra observación confirmaría estas ideas.

Se encuentran, cumplidos, pues, en esta nuestra tercera observación, los postulados exigidos por Fournier, con el agregado, muy interesante, de haber podido individualizar, como manifestación de lues hereditaria de segunda generación, el embarazo gemelar univitelino, sin que hayamos podido comprobar ninguna observación similar en la literatura médica.

Observación 4.a—Historia clínica N.o 1221 de 1919. **Diagnóstico:** Heredo-lues. Mitraortitis. Nefritis. Heredo-lues de 2.a generación? Josefina V., 34 años, española. Q. ds. Ingresa el 29 de noviembre de 1919. **Antecedentes hereditarios y familiares:** Padres vivos y sanos. Se les examina. El padre confiesa haber tenido un chancro a los 17 años, siendo soltero, que cuidó con polvos de aristol y unas fricciones, que hizo en número más o menos de 50. El examen somático del padre permite reconocer arterio-esclerosis generalizada; aortitis discreta, alopecia generalizada.

El examen de la madre: mujer de mentalidad pobre, es difícil conseguirle datos; físicamente es sana; no sabe explicar por qué se le murieron tantos hijos.

Tuvo, en conjunto, 14 hijos; sólo dos de ellos han llegado a la adultez, los restantes muertos en la infancia, 2 de fiebre tifoidea, 2 de sarampión, 1 de viruela, 1 de difteria, los demás de causa ignorada.

Antecedentes conyugales: El marido niega haber padecido de enfermedades venéreas, a no ser blenorragia, adquirida hace 7 años;

(1) **Rebechi.**—Los embarazos gemelares univitelinos. Tesis de Buenos Aires, 1921.

nunca chancro. Son 5 hermanos; todos, menos uno que murió a consecuencia de un accidente, son sanos.

El examen somático del sujeto en cuestión es absolutamente negativo.

Antecedentes personales: Comienza a caminar a los 14 meses, locomoción siempre normal; menstrua a los 18 años, reglas de mediana intensidad, 5 a 7 días de duración, dolorosas.

Patológicos: Tuvo sarampión en la infancia, fiebre tifoidea a los 15 años, sin complicaciones.

Obstétricos: Casada, ha tenido dos embarazos anteriores, el primero llegó a término, parto distócico, aplicación de forceps, el niño nació muerto; el segundo murió en el vientre, 4 días antes del parto; en el Hospital San Roque le aconsejaron inyecciones mercuriales.

Actualmente está embarazada de 7 meses y ha tenido, durante el transcurso de su gravidez, cefaleas y cansancio general, que no han cesado en ningún momento. Desde el 5.° mes del embarazo le aparecen edemas en los miembros inferiores. No ha hecho en este embarazo ningún tratamiento.

Estado actual: Mujer de piel blanca, con discretas cicatrices acrómicas.

En el examen del esqueleto, son de notar tibias rugosas y mala implantación dentaria.

Las pupilas son desiguales; la pupila izquierda mayor que la pupila derecha. Reaccionan bien a la luz y acomodación.

Examen del corazón: soplo sistólico mitral, con caracteres de soplo orgánico y soplo sistólico aórtico ídem.

Embarazo del 7.o mes, presentación pelviana, hidramnios.

Se reactiva con inyección de neosalvarsán (0.70 ctgs.) y a los 7 días la reacción de Wassermann es positiva.

El análisis de orina indica: albúmina 2.20 grs. o|oo, poca eliminación de urea, algunos cilindros hialinos en el sedimento.

La embarazada pide el alta a los pocos días, sin que se hayan tenido noticias de ella posteriormente.

Consideraciones. — Esta observación tiene gran similitud y muchos puntos de contacto con la anterior.

Los abuelos, vivos, han sido examinados, y el abuelo, aparte de algunas secuelas dejadas por la sífilis, nos manifiesta haber tenido chancros, a raíz del cual se le sometió a tratamiento mercurial.

La abuela, una "arriérée" congénita, nos proporciona datos muy elocuentes; de 14 hijos, sólo 2 llegaron a ser adultos, 71 o|o, pues, de mortalidad en edad temprana por enfermedades comunes (?).

De los dos únicos hijos que llegan a la adultez, uno de ellos, nuestra enferma, es un exponente de heredo-lues. Se

constata en ella, estigmas pupilares y cardíacos, riñón gravídico y sero-reacción de Wassermann francamente positiva.

El postulado exigido por Fournier y referente al marido se llena satisfactoriamente; ha sido siempre sano y por el examen no se encuentra nada que sea capaz de hacerlo sospechoso de sífilis adquirida o heredada.

Los productos de este matrimonio son tres: el 1.er niño muere al nacer, no podemos tomarlo en cuenta, desde que su muerte puede ser consecuencia de la intervención por el forceps; el producto del 2.º embarazo, muere en el vientre de la madre y el parto ocurre prematuramente. Es notoria la influencia de la sífilis en la génesis de los macerados. Del 3.er embarazo y aunque no nos fué posible examinar al niño después de nacer, por no haber visto a la madre posteriormente al parto, tenemos formales pruebas para pensar que se habrá tratado también de un producto heredo-sifilítico. Nos fué posible comprobar la presencia de hidramnios y si a eso se agrega la reacción de Wassermann francamente positiva, nadie podrá contradecirnos si afirmamos que ese hidramnios obedeció a la misma causa que originó la maceración fetal en el embarazo anterior.

Observación 5.ª—Historia clínica N.º 469 de 1920. **Diagnóstico:** Heredo-lues. Fibromatosis uterina y embarazo. Parto espontáneo. Lues de 2.ª generación. Fisura del paladar óseo. Emilia V., 30 años, argentina. Q. ds. Fecha de entrada, 22 de enero de 1920. **Antecedentes hereditarios y familiares:** El padre vive, y, al parecer, sano, no ha sido posible examinar. La madre muerta de pulmonía, tuvo 7 hijos, viven 5, 2 muertos, uno de apendicitis, el otro en la primera infancia, ignora la causa.

Antecedentes conyugales: El marido ha sido siempre sano.

El examen físico general es negativo.

La Reacción de Wassermann es negativa.

Antecedentes personales y fisiológicos: Menstruación a los 15 años, siempre dolorosas, poco abundantes, regulares, de 2 a 3 días de duración. Contrajo matrimonio hace 8 meses.

Patológicos: Durante la infancia tuvo coqueluche y sarampión. Hace 4 años fué operada de quiste hidático del hígado, curación a los 7 meses.

Hace 7 años fué atacada de intensos dolores osteóscopos en los miembros inferiores, nocturnos, que curan con tratamiento mercurial.

Hace pocos meses que comienza a sufrir del hígado, la enferma nos manifiesta le dijeron que se trataba de hipertrofia hepática y

fué sometida nuevamente a tratamiento mercurial con inyecciones, con lo cual mejora.

Obstétricos: Actualmente está embarazada de 5 meses, es su primer embarazo; la enferma afirma no haber tenido relaciones sexuales con anterioridad a su matrimonio.

Durante los 2 1|2 primeros meses de gravidez tiene vómitos, mareos, y le han hecho 28 inyecciones de benzoato de Hg.

Estado actual: Piel blanca, un poco pigmentada por el embarazo; existe al nivel de la clavícula izquierda una cicatriz ligeramente retráctil; en el hipocondrio derecho otra, secuela de la operación realizada sobre el hígado. En la cara interna de la tibia hay una cicatriz adherente al hueso, en la vecindad de la epifísis.

El esqueleto es bien desarrollado, sin estigmas; panículo adiposo discreto, presenta un rinofima muy marcado con grandes arborizaciones venosas. Pupilas desiguales; pupila izquierda mayor que la derecha.

Aparato circulatorio, respiratorio, etc., normales.

Utero grávido, alrededor de 5 meses, de forma irregular y desigual consistencia, renitente en toda su porción derecha y parte inferior, duro, tenso, al nivel del cuerno izquierdo, en forma de tumor, del tamaño de una cabeza de feto.

El tacto comprueba los datos recogidos por la palpación del abdomen; órganos genitales externos normales.

Reacción de Wassermann negativa; una segunda, después de reactivar con bicianuro de Hg. endovenoso, francamente positiva.

El 16 de setiembre la embarazada acusa sus primeros dolores de parto, y a las pocas horas da a luz, artificialmente, por forceps, en presentación de frente, un niño de 2,500 gramos de peso.

Alumbramiento por Credé; la placenta pesa 600 gramos, sin particularidades; la relación feto-placentaria es de 1 a 4.

Examinado el niño, presenta una fisura incompleta del paladar, en toda la extensión del paladar óseo.

Se saca sangre de la fontanela y líquido céfalo-raquídeo para su análisis.

La Reacción de Wassermann de la sangre extraída de la fontanela es negativa; la del líquido céfalo raquídeo, positiva.

En el transcurso de los días ulteriores, el niño presenta una zona excitable, al nivel del lado izquierdo de la cabeza, con ligero abovedamiento que a la compresión produce opistótonos; mejora a los pocos días; mama bien y es dado de alta pesando 2,970 gramos, habiendo sido sometido a tratamiento mercurial.

Consideraciones. — En esta observación los datos de los abuelos, son negativos.

La hija de ese matrimonio es indudablemente heredo-específica, habiendo padecido de manifestaciones activas sifilíticas que cedieron al tratamiento hidrargírico; actual-

mente posee un fibroma uterino y la sero-reacción de Wassermann reactivada ha sido francamente positiva.

No ha habido en ella comercio sexual hasta el matrimonio, el que se realiza con un hombre sano, sin estigmas de ninguna clase y con un físico que no denota huellas de lues.

De ese matrimonio nace prematuramente, a pesar del tratamiento mercurial incompleto, un niño que presenta una fisura incompleta del paladar y da reacción de Wassermann positiva en el líquido céfalo-raquídeo.

Observación 6.a.—Historia clínica N.o 584 de 1920. **Diagnóstico:** Heredo-lues y embarazo. Aortitis. Lues de 2.a generación. Eloísa B., 48 años, argentina. Q. ds. Fecha de entrada, 21 de junio de 1920. **Antecedentes hereditarios y familiares:** Madre muerta de una afección cardíaca, por accidente sincopal; tuvo 4 hijos, 2 varones y 2 mujeres; el primero muere poco tiempo después de su nacimiento de término; el tercer hijo, mujer, nació enfermo y falleció a los 15 días, y refiere la madre que nació con ampollas en las manos y en los pies, y que el médico que la vió le recetó una pomada.

La madre de nuestra examinada padeció de una enfermedad en un dedo de la mano, que los médicos trataron con mercurio y yoduros, después de tomar antecedentes del marido, con lo que curó.

El padre sufrió de ataques hepáticos durante mucho tiempo, era alcoholista, y a los cinco o seis años de adquirir la sífilis murió internado en un hospital.

La lues fué adquirida por el padre después de nacer sus dos primeros hijos; nuestra enferma, que es la última de los cuatro hermanos, sabe que esa enfermedad le fué contagiada a la madre.

Antecedentes conyugales: Como no es posible examinar al marido, se le escribe llamándole la atención sobre la necesidad de contestar con sinceridad por el interés de la salud de sus hijos, y manifiesta que siempre ha sido sano, trabajador de campo, que sus primeras relaciones sexuales fueron con la que ahora es su mujer, y que no ha tenido enfermedades venéreas; tiene 10 hermanos, 8 de ellos viven, 1 murió de un accidente y el otro de una indigestión.

Antecedentes personales.—Fisiológicos: Comienza a caminar a los 18 meses; la función menstrual aparece a los 15 años; reglas irregulares, dolorosas, abundantes.

Patológicos: Desde los 9 meses de edad hasta los 18, sufre de diarreas disentéricas; a los 8 años tiene fiebre tifoidea; a los 9 viruela, y a los 10 años escarlatina.

Desde los 11 años hasta los 17, sufre de pólipos en la nariz y de ozena, siendo asistida por distintos médicos, pero no consiguiendo sino mejoría temporaria; con el antecedente paterno es sometida a

tratamiento mercurial (gotas y píldoras), con lo que cura rápidamente en dos meses.

Obstétricos: Se casa a los 18 años. Ha estado embarazada 17 veces.

El primer embarazo termina con parto prematuro; el niño, que vive 12 días, nació con pénfigo, palmar y plantar. El segundo embarazo llega a término, niño de sexo femenino, vive; durante todo este embarazo la madre se practica fricciones mercuriales, toma yoduro y baños sulfurosos. 3.er embarazo, también de término, con tratamiento mercurial, el niño vive, es varón. 4.° embarazo, aborto espontáneo, gemelar, del mismo sexo, de 4 meses. 5.° embarazo, de término, con tratamiento Hg. durante todo su transcurso, feto vivo, vive, varón. 6.° embarazo, aborto de 4 meses, a pesar del tratamiento mercurial instituído desde la primera amenorrea. 7.° embarazo, de término, con tratamiento mercurial durante los 9 meses, niño vive, es varón. 8.° embarazo, de término, parto espontáneo, con tratamiento hidrargírico completo. 9.° embarazo, sin tratamiento específico, se interrumpe a los 7 meses, feto muerto y macerado. 10.° embarazo, de término, con tratamiento mercurial, niño vivo. 11.° embarazo, aborto de dos meses, a pesar del tratamiento hidrargírico. 12.° embarazo, de término, tratamiento específico, niño vivo. 13.° embarazo, de término, con tratamiento específico, mujer, niña viva. 14.° embarazo, aborto de 2 meses, sin tratamiento mercurial. 15.° embarazo, de término, varón, niño vivo. 16.° embarazo, de término, sin tratamiento, niño vivo. 17.° embarazo, aborto de 3 meses, a pesar del tratamiento mercurial.

Todos son hijos del mismo padre y han sido criados con lactancia materna.

Veamos la evolución ulterior de esos niños. El hijo producto del primer embarazo murió a los 12 días, con lesiones características como específicas. La niña, producto del segundo embarazo, actualmente vive, siempre es enferma, ha tenido un iritis específica a los 17 años, ha sufrido en otras épocas de dolores osteóscopos y ha sido sometida, en distintas ocasiones, a tratamiento mercurial. El varón nacido del tercer embarazo, es enfermo, débil, a los 16 años es atacado de mareos y pérdida de la visión, etc., que cura con tratamiento específico. El hijo del quinto embarazo ha tenido necesidad, también, de recurrir al tratamiento mercurial, por osteítis múltiple, con lo cual mejora. El hijo del séptimo embarazo sólo tuvo una enfermedad al vientre a los 10 meses de edad, que curó bien, y, según la madre, es el más sano de todos. El varón nacido del quinto embarazo vive, tiene 13 años, tuvo a los 4 meses ataques de meningitis, y a raíz de esto, convulsiones que duran 2 años y curan con fricciones mercuriales. El producto del 10.° embarazo tiene 11 años y ha sido sano. 12.° hijo, que tiene nueve años, a poco de nacer le aparece una erupción que cura con fricciones de Hg. El 13.° también ha tenido erupciones, y desde hace poco tiempo es estrábica, estrabismo que le sobrevino repentinamente. El hijo 16.°, de dos años, tiene una hernia

umbilical, y ha padecido de meningitis, que curó con bebidas a base de Hg.; hace poco tiempo que ha empezado a caminar.

Por el examen practicado a los hijos del 15.º y 16.º embarazo, hemos podido constatar: en el primero, bosses parietales salientes, tibias en hojas de sable y un segundo tono aórtico muy timbrado: el hijo 16.º no presenta, excepción hecha de la hernia mencionada, otra particularidad que la debilidad de sus miembros inferiores, que no le permiten caminar hasta los dos años.

Actualmente nuestra historiada, al término de un nuevo embarazo, y no habiendo presentado durante él nada de particular, nos proporciona el siguiente

Estado actual: 27|VI. Piel blanca muy pigmentada, sin cicatrices; poco panículo adiposo, sin edemas y, con gran desarrollo de várices en los muslos, pierna y pie; gran desarrollo del sistema venoso subcutáneo.

El esqueleto sólo presenta una desigualdad de tamaño entre las clavículas, la izquierda más gruesa que la derecha; a más de esto, frente saliente, olímpica. En el cuello, ingle, axila, etc., existe polimicro-adenia. Las pupilas son desiguales; la izquierda mayor que la derecha y deformada, de forma oval.

En el corazón se constatan dos soplos de origen distinto: soplo sistólico aórtico, orgánico. con foco máximo de auscultación por arriba de la horquilla y propagación hacia el cuello; el otro soplo también sistólico, sólo es auscultable en la zona mesocardíaca, sin propagación y con caracteres de soplo anorgánico.

El parto se declara el 4 de julio; transcurre sin dificultad y termina espontáneamente en 6 horas y 30 minutos.

El recién nacido pesa 3,600 gramos, la placenta 600; relación feto-placentaria 1|6. En la placenta no se comprueba ninguna particularidad.

La Reacción de Wassermann en la madre es positiva; en el recién nacido débilmente positiva, previa reactivación con fricciones mercuriales.

A excepción de la reacción serológica positiva, el niño no presenta estigmas ni distrofias de ningún orden; mama bien, es bien desarrollado, etc.; la madre, durante el embarazo, sólo ha sido tratada con dos inyecciones de salvarsán, la primera a los 7 meses, y la segunda a los 8 1|2 meses.

Consideraciones. — Es tal vez esta la observación más interesante, por ser la más completa.

Los antecedentes de los abuelos son francamente positivos en el sentido de la lues adquirida; el padre contrae la sífilis durante su matrimonio y muere demente. La abuela. esposa del sujeto de referencia, se contagia después de haber tenido 2 hijos y sufre las consecuencias de esta enfer-

medad, que cede con tratamiento mercurial, debiendo tratarse posiblemente de una manifestación gomosa.

Después del contagio tiene dos hijos; uno de ellos, el primero, nace, con manifestaciones heredo-específicas en plena actividad, pénfigo palmar y plantar y sucumbe a los pocos días, a pesar del tratamiento mercurial instituído.

El segundo se refiere a la mujer motivo de esta observación, en la cual, por el examen general, nosotros podemos apreciar particularidades clasificadas entre los estigmas heredo-luéticos: frente olímpica, desigualdad clavicular, micro-poliadenia generalizada, pupilas desiguales, deformadas, aortitis, etc., etc. Aparte de esto, ha sido siempre débil y predispuesta a enfermedades, disentería, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, etc. Después de los 11 años sufre de ozena sifilítico, clasificado así porque no cede a ningún tratamiento sino al mercurial.

Como último dato, la reacción serológica positiva de la sangre confirma el diagnóstico clínico.

El marido de esta mujer niega todo contacto venéreo antes de su casamiento y dice ser sano.

Estamos, pues, frente a una heredo-luética activa y distrófica, casada con un hombre sano.

Recordemos la herencia de este matrimonio: 17 embarazos sucedidos en 22 años, 4 terminan con aborto, 2 con parto prematuro y los restantes llegan a término.

El primer hijo nace con pénfigo palmar y plantar, fallece a los 12 días; la segunda hija es lograda, posiblemente, gracias al tratamiento específico que se instituye a la madre durante todo el embarazo, y si bien vive actualmente, la historia de su vida nos está indicando, que es una heredo-luética de segunda generación; ha sido siempre enferma, delicada, a pesar de haber sido sometida a tratamiento mercurial padece a los 17 años de una iritis específica que sólo cede con tratamiento intensivo; el hermano que le sigue ha sufrido de trastornos oculares con mareos, etc., fenómenos debidos, posiblemente, a alguna lesión nerviosa central que cede también al mercurio.

En los otros hijos se consignan lesiones de osteítis, ataques de meningitis, convulsiones, erupciones cutáneas, etc., tratadas y mejoradas con fricciones de ungüento mercurial, estrabismo, hernia umbilical, debilidad en la marcha, estación de pie retardada, etc., todas como una gama de manifestaciones o secuelas de lues.

Eso es lo que podemos invocar, en cuanto a antecedentes,

justificando nuestra afirmación de que se trata de productos heredo-luéticos de segunda generación; veamos para mayor seguridad el examen físico de los 3 últimos de ellas; el 15.º, 16.º y 17.º que hemos podido examinar personalmente.

El primero presenta distrofias en el cráneo y en los huesos largos; el segundo, su hernia umbilical, y por las dificultades en la estación de pie nos hace sospechar un caso de Little; el último de ellos, nacido en nuestra Maternidad, no presenta estigmas netos; si bien es difícil caracterizar a los pocos días del nacimiento dichos estigmas, a no ser que se trate de malformaciones o monstruosidades, pero en cambio nos da una sero-reacción de Wassermann positiva; la madre en este embarazo fué tratada insuficientemente.

Resumiendo: estamos en presencia de tres generaciones donde la sífilis ha marcado con rasgos indiscutibles e inconfundibles su pasaje funesto; abuelo que se infecta y contagia a su mujer; fallecen ambos consecutivamente a la infección; hijos que mueren por la infección de los padres: otros que sobreviven, pero que presentan durante la vida manifestaciones típicas o que se casan con gente sana y engendran a su vez niños, con estigmas o lesiones atribuibles a la sífilis, por su naturaleza, por la electividad sobre ciertos órganos, por la característica de su evolución y por la curación o mejoría con el tratamiento instituído. Se trata, pues, de los nietos de nuestro primer enfermo sifilítico adquirido, y los que, por consiguiente, deben ser considerados como heredo-luéticos de segunda generación.

Observación 7.ª—Historia clínica N.º 825 de 1920. **Diagnóstico:** Heredo-lues. Coxitis heredo-luética y embarazo. Estrechez pelviana. Operación cesárea clásica. Heredo-lues de segunda generación. Jacinta B., 29 años, argentina. Q. ds. Ingresa el 6 de setiembre de 1920. **Antecedentes hereditarios y familiares:** Padres vivos y sanos en la actualidad. El padre manifiesta que en su juventud tuvo enfermedades venéreas; no sabe especificar bien. Sólo recuerda que en una ocasión se hizo ver por un médico con motivo de haberle aparecido unos granos en el cuerpo, por lo que le recetaron yoduro, y que curó. Después de eso ha sido siempre sano. Es hombre de mucha actividad, dedicado a trabajos de campo.

El examen somático, excepción hecha de un soplo sistólico mitral, muy suave, con todos los caracteres de soplo orgánico, no da nada de particular.

La Reacción de Wassermann es negativa.

La madre dice haber tenido en su matrimonio 3 embarazos; los dos primeros de término, y de éstos, el primero es nuestra enferma, el segundo una hermana, epiléptica, que vive; el tercero termina con aborto de 4 meses, espontáneo, gemelar, con fetos de sexo masculino.

El examen físico de la madre no ofrece nada de particular.

La sero-reacción de Wassermann es negativa.

Se examina a la hija segunda que, como hemos dicho, es epiléptica desde antes de la pubertad; sus ataques, con caracteres típicos, sobrevenían en cualquier época, pero, desde hace unos años, y a raíz de un parto, aparecen entonces algunas veces antes de la menstruación, otras en los días posteriores, pero, en general, coincidiendo con esta época.

El interrogatorio de esta epiléptica nos revela una atrasada mental, contesta con retardo, a veces no responde, y, según manifestación de la madre, es durante la época menstrual que la dificultad mental es más característica.

Por el examen, constatamos un cráneo a grandes protuberancias parietales, frente chata y de gran altura, dientes microdónticos, con diastema de Gaucher característico, clavículas irregulares, cicatrices acrómicas, sobre todo al nivel de las rodillas y muslos. En el corazón, un soplo sistólico mitral neto que se propaga hacia la base del cuello y que se ausculta con mayor intensidad al nivel de la horquilla. Durante su peregrinación por distintos consultorios, con el objeto de encontrar alivio a su mal, se le hicieron dos reacciones de Wassermann con resultado positivo.

Es tratada por uno de nosotros con medicación yodo-mercurial, intensiva durante una época larga, con la cual se consigue atenuar la intensidad y disminuir la frecuencia y duración de los ataques, llegando a pasar dos y tres meses sin tenerlos. Durante este tiempo le fué practicada una Reacción de Wassermann con resultado francamente positivo.

Por consejo médico le fué autorizado el matrimonio y tiene un hijo, que tenemos ocasión de examinar, y en el que no podemos descubrir ni distrofias, ni lesiones orgánicas; no nos fué posible hacer Reacción de Wassermann. El marido de esta enferma no fué examinado.

Antecedentes conyugales: El marido ha fallecido hace un mes, de 29 años, de tuberculosis pulmonar. La madre del marido tuvo 16 hijos (un parto gemelar), de los cuales viven 14. Se examina a 3 de ellos y no dan antecedentes ni ofrecen estigmas de lues.

Antecedentes personales.—Patológicos: A los 4 años comienza a renguear de su pierna izquierda, lo que dificulta mucho la marcha, al mismo tiempo le aparece un tumor en la parte superior y externa del muslo, que cura espontáneamente, con supuración prolongada.

A los 10 años le enyesaron la articulación de la cadera, y permaneció 15 meses en cama, en decúbito dorsal; al retirársele el aparato comienza a caminar con bastón, por espacio de 3 meses, después

sola, pero siempre claudicando de su miembro izquierdo, que ha quedado más corto que el derecho.

Fisiológicos: A los 9 meses comienza a caminar.

A los 15 años menstrua por primera vez; reglas regulares, indoloras, de 4 días de duración y muy abundantes.

Obstétricos: Ha tenido un parto prematuro espontáneo, de 7 meses, con feto muerto, y actualmente se encuentra embarazada.

Las últimas menstruaciones han sido del 18 al 22 de enero, no habiendo existido ningún trastorno durante el curso del embarazo.

Estado actual: Mujer de piel blanca, con una cicatriz en la parte alta del muslo, reliquia de trayecto fistuloso de su enfermedad de la infancia.

Es delgada y no tiene edemas.

El examen del esqueleto permite comprobar frente olímpica, prominencias frontales muy marcadas, dientes muy mal implantados, paladar ojival, tibia derecha rugosa, acortamiento real del miembro inferior izquierdo, la cabeza del fémur se encuentra ligeramente luxada hacia atrás, el trocánter se palpa por debajo de la línea Nelaton Rosser.

En el corazón se oye un soplo sistólico intenso al nivel del mango del esternón, propagado hacia los focos aórticos, pulmonar y grandes vasos. Cambiando de posición, el soplo se atenúa. El resto del examen somático es negativo. Por el examen obstétrico se comprueba una presentación transversa, en A. I. I. (D. A.), que se transforma fácilmente en presentación cefálica; auscultación fetal positiva; órganos genitales externos e internos normales.

La pelvis con promontorio accesible, alto; P. P. M.: 9 cts., el anillo del estrecho superior deformado y aplanado en la porción lateral izquierda; excavación plana, acanalada al nivel de la primera, segunda y tercera piezas sacras; en la parte izquierda de la excavación, el cotilo ligeramente convexo hacia adentro; senos sacro-ilíacos poco amplios; pelvis plana acanalada, seudo oblicuo-ovalar.

El 15 de noviembre comienzan los dolores del parto; compruébase presentación cefálica desviada hacia la fosa ilíaca izquierda; se corrige y se espera algunas horas para apreciar el grado de desproporción pélvico-fetal, que se hace bien manifiesta, por lo cual se resuelve practicar operación cesárea abdominal clásica, que se lleva a cabo sin ninguna dificultad, obteniendo un niño vivo.

Placenta sin particularidades, pesa 420 gramos. Relación, 1|8. Postoperatorio normal.

Reacción de Wassermann negativa.

El niño, de sexo masculino, de 3,400 gramos de peso, con características de madurez, no presenta ningún estigma, y la Reacción de Wassermann en la sangre del cordón sacada durante el parto, resulta negativa; en cambio, la reacción en el niño es francamente positiva, y con fecha posterior (6 de junio de 1921), se le examina nuevamente y su estado es satisfactorio, no obstante lo cual se continúa con el riguroso tratamiento mercurial instituído.

Consideraciones. — Esta observación se refiere, a nuestro juicio, a una heredo-luética cuyos padres hemos interrogado y examinado.

Sobre el padre, a pesar de sus antecedentes, que nos son sospechosos por la erupción referida de época remota y que un colega trató con yoduro, no nos creemos autorizados a pronunciarnos, por el examen físico, en el sentido de sífilis bien averiguada. La madre tampoco aclara nuestras dudas, del punto de vista del examen físico, no así, en cambio, con los antecedentes obstétricos de sus 3 embarazos, pues el primero es nuestra clienta, el segundo una epiléptica y el tercero un aborto gemelar espontáneo, con fetos del mismo sexo, con la sospecha, por consiguiente, de que se haya tratado de univitelinos.

La epiléptica es, sin ninguna duda, una heredo-sifilítica, con grandes estigmas, sero-reacción de Wassermann repetida, francamente positiva, y tratamiento yodo-mercurial muy activo, que ha influído favorablemente sobre sus ataques o equivalentes epilépticos.

El aborto gemelar, por ser aborto de mellizos de sexo homónimo, despierta también nuestra sospecha. Por último, la enferma, nuestra cliente, como se ha dicho, aparte de sus estigmas heredo-específicos, nos demuestra en su pasado manifestaciones luéticas activas.

La coxitis como manifestaciones hereditarias de la sífilis ha sido puesta en evidencia por muchos autores, no sólo en la primera, sino también en la segunda generación. E. Fournier (1) refiere una observación de Hallopeau y hace resaltar que se trata de una enferma perteneciente a una familia de heredo-sifilíticos de segunda generación, enferma atacada de coxalgia y de presuntos tumores blancos de rodilla, sin ningún antecedente de tuberculosis familiar. Alfredo Fourneir cita casos semejantes; nuestra observación encuadraría dentro de estos casos.

El marido de nuestra enferma, muerto de tuberculosis, no tuvo enfermedades venéreas y sus hermanos no poseen estigmas distróficos.

De este matrimonio nace prematuramente un niño, que fallece al nacer, otro, el caso de nuestra observación, obtenido por operación cesárea, sin estigmas apreciables, pero con sero-reacción de Wassermann francamente positiva.

(1) **E. Fournier.** — Hérédo-syphilis de seconde generation, Paris, 1905, Loc. Cit.

En resumen: sospechas de lues en el abuelo; hijos heredo-luéticos, y nietos, uno de los cuales fallece al nacer y el otro reacciona positivamente al diagnóstico biológico.

Consideraciones finales. — Como conclusión y haciendo una síntesis de las 7 observaciones, podemos decir:

Que de 7 mujeres, abuelas, específicas contagiadas todas por sus maridos, en el matrimonio, a excepción de una que lo fué después de tener dos hijos, se suman 50 embarazos, o mejor dicho 48, engendrados bajo la acción del espiroqueta de Schaudinn.

De esos 48 embarazos en específicas infectadas, 5 terminan por aborto (1 gemelar del mismo sexo, univitelino), o sea el 10 o|o; 2 por parto prematuro espontáneo (1 gemelar, del mismo sexo), o sea el 45 o|o; y 13 por partos de término, no habiéndose podido averiguar exactamente cómo terminan los restantes o sean 26, si en época de término o prematuramente.

Del conjunto de 43 partos prematuros y de término que quedan, descontando los abortos resultan 44 niños (desde que hay un parto gemelar), de los cuales mueren al nacer, a los pocos días o en la primera infancia, 25, y como consecuencia de la sífilis 23, correspondiendo, por lo tanto, un porcentaje de mortalidad atribuible a la sífilis de 52 o|o.

De los restantes, o sean 21, que llegan a la adultez, 10, que no se han podido examinar, viven aparentemente sanos (lo que no quiere decir que no sean heredo-específicos capaces de engendrar hijos heredo-luéticos de segunda generación); y los demás, los 11 restantes que han sido examinados o se les conoce por las referencias de los padres o hermanos, han tenido, durante su vida, manifestaciones mórbidas atribuibles a la heredo-sífilis.

Lo que quiere decir, que el 47 o|o ha llegado a la edad adulta a pesar de la sífilis y de esos, sólo 22.7 o|o sin acusar manifestaciones, no obstante lo cual, no podemos asegurar, desde el momento que no han sido examinados, que sean en realidad individuos sanos.

Tan interesante como todo esto, resulta la observación del conjunto, de los embarazos de las 7 mujeres heredo-específicas, hijas de matrimonios de sifilíticos.

Se embarazan 39 veces, con la evolución siguiente: 8 embarazos terminan por aborto (1 gemelar del mismo sexo), es decir, el 20.5 o|o; 8 terminan por parto prematuro es-

pontáneo o sea el 20.5 o|o y los restantes 23 llegan al término.

De los 32 niños viables (1 embarazo univitelino); 10, es decir, el 29 o|o, mueren antes de llegar a la pubertad, por causa atribuible a sífilis hereditaria a través de dos generaciones; 3 o sea 9.6 o|o mueren también antes de la pubertad por otras causas y de los 19 del total hemos tenido oportunidad de examinar 18, unos como recién nacidos y otros ya adultos.

De esos 19, sólo en 3, la investigación ha sido negativa; en los 16 restantes, o sea en el 83 o|o, hemos encontrado distrofias, hematurias, labio leporino, iritis, exóstosis, vértigos, trastornos oculares, osteítis, estrabismo, enfermedad de Little, etc., y en los recién nacidos, donde los estigmas no son revelados, la sero-reacción de Wassermann ha sido positiva.

¡Qué consecuencia funesta! La sífilis ignorada, abandonada o mal tratada no queda conforme con llevar la ruina al cuerpo y al espíritu de organismos sanos, robustos y útiles, es decir, a la salud y la vida del individuo, sino que se corre, implacable, a través de las generaciones, haciendo sentir sus efectos sobre la salud y la vida de la descendencia, sobre la especie. Ataque directo, pues, al presente individual y siembra de muerte para el porvenir de nuestra raza!...

Estigmas Dentarios

POR EL DOCTOR JUAN UBALDO CARREA (Buenos Aires)

Dentista, Profesor titular de Técnica de Prótesis Dental de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires (1)

Oclusión dentaria, dice Valderrama, "es la relación de contacto de las superficies oclusales de los dientes antagónicos", considerando normal aquella que cumple las leyes de interdependencia recíproca y clasificando como anormal o mala oclusión (maloclusión) la que se aparta de dichas leyes.

Buscar lo normal es el problema en que estamos empeñados

(1) Véanse las figuras en la hoja aparte.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

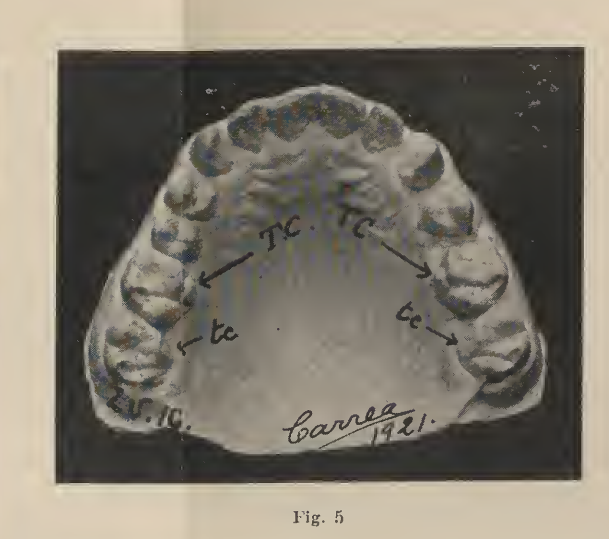


Fig. 5



Fig. 6

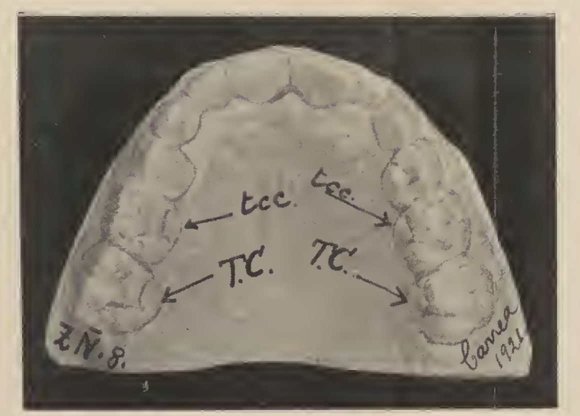


Fig. 7

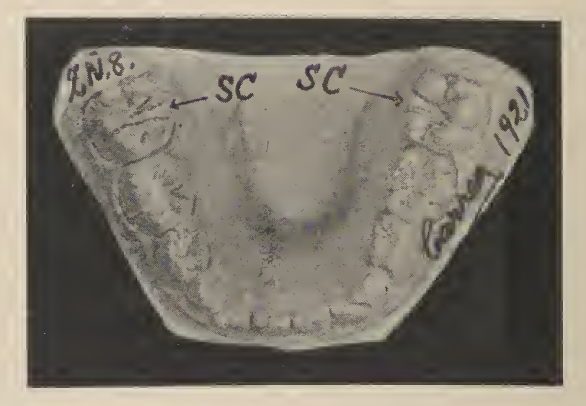


Fig. 8

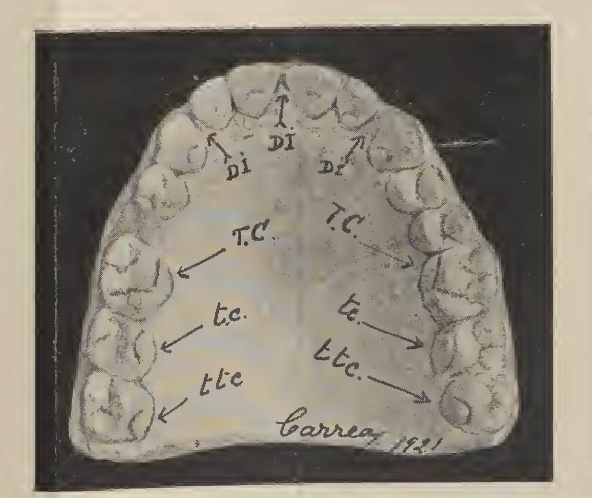


Fig. 9

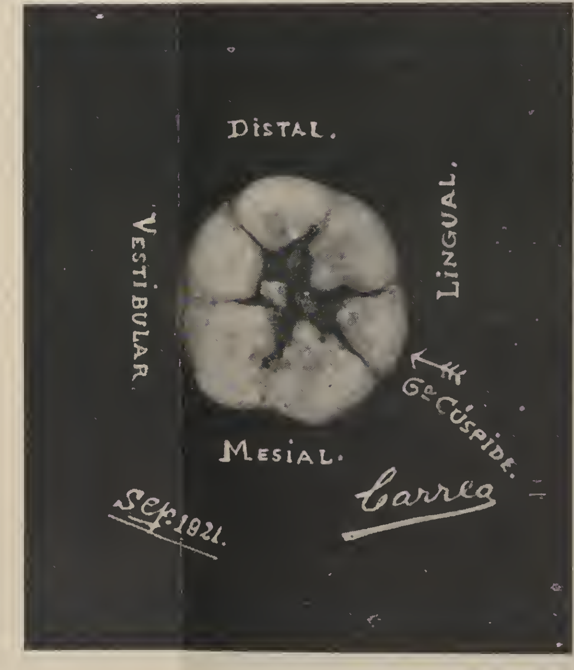


Fig. 10

para saber qué es lo anormal, porque a cada paso, no hallamos otra cosa que anormalidades y la boca ofrece para el observador atento y minucioso un sinnúmero de detalles que por su repetición se han convertido en signos o estigmas.

Ahora bien. ¿En razón de qué hay predominio de lo anormal? ¿Por arbitrariedad de la naturaleza? ¿Por voluntad de nuestros progenitores? ¿Por errores de engendro? ¿Por casualidad? No... Por una causa que no queremos aceptar porque choca, no nos agrada, es antipática, quizás antisocial o fuera de tono, pero que hay que aceptarla y reconocerla, a pesar de todo: es la herencia. Esos recuerdos de ascendientes, que no todos pueden ser de oro, son manifestaciones hereditarias como signos visibles de algo acontecido y de lo cual hay que estar en guardia.

Los ortodoncistas, por regla general, estudian la maloclusión bajo el aspecto mecánico para restituir en lo posible la normalidad.

Angle dió sus clasificaciones ordenadas y discretas llamando llave de oclusión a la relación de oclusión normal de los molares de seis años, y Valderrama tuvo el genio de precisar la posición exacta en que debe estar colocada esa llave de oclusión en la boca humana.

Estos principios tan poco estudiados y aprovechados, unidos a las leyes de Bonwill y los trabajos de Gysi, completados con los nuestros, de relaciones entre el niño y el adulto, el triángulo mandibular externo y la línea nasal mentoniana, etc., nos llevan a confirmar con Valderrama la fijación del punto dentario de Bonwill.

Si admitimos para la práctica ortodóncica una curva normal y un plano de oclusión normal, debemos aceptar científicamente lo anormal en curva y plano, y al hacerlo así, es menester aceptar sus componentes, los dientes, normal o anormalmente constituídos y colocados.

De la constitución de los dientes por trastornos de nutrición, ya existe el convencimiento de la acción de la herencia, sobre todo de la sífilis, al punto de estar hoy aceptado universalmente a los dientes de Hutchinson, como patognomónicos de dicha enfermedad.

Casi podríamos decir que negar una sífilis en presencia de dientes de Hutchinson, es como dudar de la existencia del sol en día nublado.

Con dientes bien o mal constituídos, pueden existir una "correcta oclusión" o una maloclusión.

En la correcta oclusión, los molares de seis años ocluyen exactamente y todos los dientes guardan "las relaciones de contacto".

Se forman dos curvas: una superior y otra inferior.

Sin modificar los perímetros de estas curvas puede suceder que los molares ocluyan normalmente, pero los dientes (incisivos, caninos y premolares), pierden las relaciones de contacto, ofreciéndose la llamada boca abierta o *mordex apertus* de Carabelli, figuras 1 y 2.

Por regla general, la curva superior o de la arcada del maxilar, tiende a cerrarse como queriendo expresar que representa una faz intermedia entre la fisura congénita y la arcada normal.

Esta anomalía no debe confundirse jamás con la boca abierta del prognático, donde además de no tener normal la oclusión de los molares, hay atresia, formando el paladar de perro o el paladar en forma de V.

La inversión del *mordex apertus* de Carabelli, consiste en el contacto de los dientes incisivos y la falta de oclusión en el resto de las arcadas. Es lo que hemos llamado mordida en charnela abierta, figuras 3 y 4, y citado en el trabajo en que tuve el honor de colaborar con el doctor Nicolás V. Greco, "La intervención de la odontología en la profilaxis de la sífilis".

La mordida en charnela abierta o *inversus mordex apertus,* se diferencia de la progenie, porque en ésta existe la relación de contacto de los dientes.

El estudio minucioso de estas arcadas nos hace creer que la ortodoncia infantil de 6 a 14 años podría haber disimulado ambos estigmas.

Clasificamos como estigmas y los puntualizamos como heredos por los antecedentes que poseemos de ambos casos, y ellos han servido como medio de ilustración y comprobación de otros signos.

Debemos ser consecuentes con la ciencia. Los signos, estigmas o síntomas que ofrecen los dientes para corroborar la existencia de una herencia, mejor dicho, de un estado de afección latente, larvada, congénita o heredada, deben ser tenidos en cuenta y anotados con prolijidad y observados con delicadeza.

En repetidas ocasiones, al observar casos de maloclusión o de anomalías hemos constatado que ningún signo dentario estaba aislado, ni era único.

La simultaneidad y la simetría parecen ser características interesantes.

Cuando se observa un tubérculo de Carabelli, T. C., figuras 5, 7 y 9, hay que buscar el congénere. Si se ve en el primer molar superior de un lado, debe verse en el otro lado; luego en los segundos molares superiores tc, figuras 5 y 9, y a veces en los terceros molares superiores ttc, figura 9.

Si hay dientes temporarios no es raro verlos en los segundos molares superiores, como precisó Sabouraud, tcc, figura 7.

Es oportuna la observación de los primeros molares inferiores, pues creemos poder afirmar la coincidencia de existencia, no común, de *"una sexta cúspide"*, S. C., figuras 6, 8 y 10.

Los signos dentarios siempre van acompañados de otros signos de apariencia disimulada, y al consultar los antecedentes personales, se recuerdan trastornos de lactancia, etc., que hacen presumir la heredoespecificidad, comprobada por los datos adquiridos al remontarse a los ascendientes que, por una causa u otra, sufren o han padecido de afecciones de origen luético o de un "artritismo", tal vez sifilismo, generalmente mejorado por el iodo o sus derivados o por inyecciones de reserva médica que los pacientes aceptan como de efectos maravillosos.

El concepto moderno y la clasificación de las nefropatías sifilíticas

POR LOS DOCTORES

CARLOS P. WALDORP (Buenos Aires)

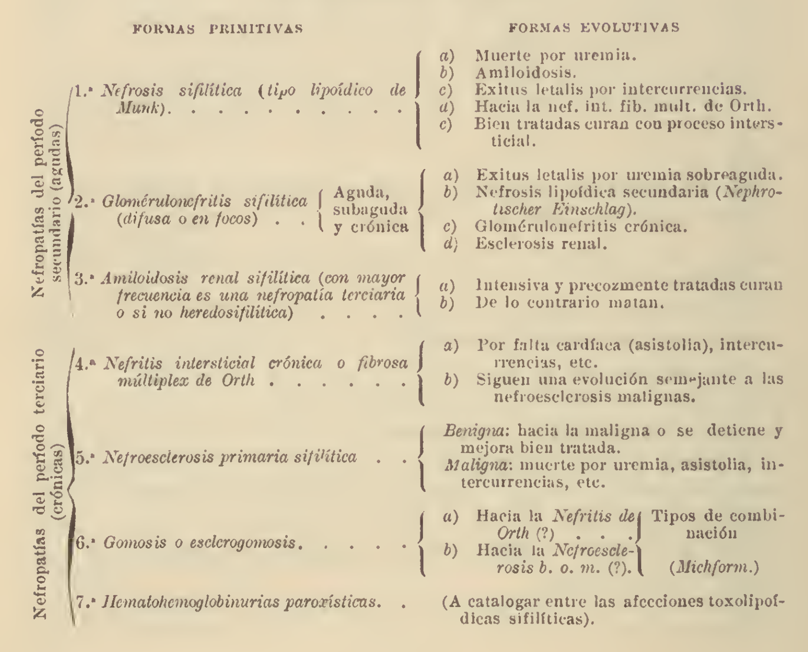
Y

OSCAR BEHR (Buenos Aires)

La *sífilis adquirida* puede engendrar *nefropatías* en cualesquiera de sus períodos evolutivos, y lo mismo si es *hereditaria* con aparición *precoz* o *tardía*.

Nosotros trazamos el siguiente *cuadro de clasificación*, de las *Nefropatías sifilíticas*, de acuerdo con nuestras observaciones, que se ajustan a las ideas modernas de la *Escuela Alemana*.

Clasificación clínica, Anátomopatológica y Evolución de las Nefropatías sifilíticas


(por lues adquirida o hereditaria)

	FORMAS PRIMITIVAS	FORMAS EVOLUTIVAS
Nefropatías del período secundario (agudas)	1.ª *Nefrosis sifilítica* (*tipo lipoídico de Munk*)	*a*) Muerte por uremia. *b*) Amiloidosis. *c*) Exitus letalis por intercurrencias. *d*) Hacia la nef. int. fib. mult. de Orth. *e*) Bien tratadas curan con proceso intersticial.
	2.ª *Glomérulonefritis sifilítica* (*difusa o en focos*) . . — Aguda, subaguda y crónica	*a*) Exitus letalis por uremia sobreaguda. *b*) Nefrosis lipoídica secundaria (*Nephrotischer Einschlag*). *c*) Glomérulonefritis crónica. *d*) Esclerosis renal.
	3.ª *Amiloidosis renal sifilítica* (*con mayor frecuencia es una nefropatía terciaria o si no heredosifilítica*)	*a*) Intensiva y precozmente tratadas curan *b*) De lo contrario matan.
Nefropatías del período terciario (crónicas)	4.ª *Nefritis intersticial crónica o fibrosa múltiplex de Orth*	*a*) Por falta cardíaca (asistolia), intercurrencias, etc. *b*) Siguen una evolución semejante a las nefroesclerosis malignas.
	5.ª *Nefroesclerosis primaria sifilítica* . .	*Benigna*: hacia la maligna o se detiene y mejora bien tratada. *Maligna*: muerte por uremia, asistolia, intercurrencias, etc.
	6.ª *Gomosis o esclerogomosis*.	*a*) Hacia la *Nefritis de Orth* (?) . . . *b*) Hacia la *Nefroesclerosis b. o. m.* (?). — Tipos de combinación (*Michform.*)
	7.ª *Hematohemoglobinurias paroxísticas*. .	(A catalogar entre las afecciones toxolipoídicas sifilíticas).

1.º *Albuminuria simple y Nefrosis sifilítica (lipoídica) del secundarismo.* — Munk ha establecido que los dos primeros estadios de las Nefritis sifilíticas son "patrimonio de la degeneración lipoídica de los epitelios renales, sobre la base de la sífilis constitucional", o como dice *Julius Citron*; "la degeneración lipoídica asienta de preferencia en los *tubuli-contorti* de primer orden, quedando los glomérulos casi completamente respetados". Por lo tanto, la llamada *nefritis aguda sifilítica* es una *nefrosis* (degeneración) *lipoídica*, o en otros términos la *nefrosis lipoídica* pura y típica de la sífilis adquirida, es propia del período secundario de la sífilis y coincide con la llamada *nefritis sifilítica aguda del secundarismo* por los franceses.

La época de aparición, a partir de la inoculación de la lúes, es variable, pero siempre la hace en pleno período secundario, y pueden factores múltiples coadyuvar a la agre-

sión renal (gripe y paludismo especialmente para nosotros).

Diagnosticada la sífilis, si hace aparición en el curso del tratamiento mercurial, *albuminuria*, se desechará la idea y el temor de "irritación renal mercurial", si en el sedimento encontráramos corpúsculos lipoídicos,—y en ese caso deberá insistirse en la cura específica — sin riesgo de lesionar el riñón.

Puede ocurrir la aparición del síntoma premonitor *albuminuria*, coetáneamente a los síntomas generales: astenia, anorexia, adinamia, lumbalgias y una anemia variable, constante en nuestros casos, y seguirse a ellos un estado hidrópico que conduce al anasarca con sus consecuencias: disnea mecánica (por hidrotórax y ascitis), cefalalgias y obnubilación intelectual (por hidrops cerebrales); ser la temperatura normal, existir *oliguria* (con orinas de densidad elevada, con sedimento coposo, reacción ácida, urea más o menos normal, reducción considerable de cloruros, a veces de los fosfatos, gran albuminuria pero variable y cilindruria de cilindros granulosos, cargados de corpúsculos anisótropos al examen polariscópico, gránulos lipoídicos que se hallarán fuera de los cilindros y dentro de células renales; excepcionalmente eritrocitos y glóbulos blancos); y puede ocurrir el encuentro de *spiroquetas de Schaudinn-Hoffmann*, como lo hemos observado; el *examen del fondo ocular* revelar solamente un cierto grado de anemia; en la sangre una anemia hipocrómica, resistencia globular disminuída, a veces linfocitosis con mononucleosis, la reacción de Wassermann positiva intensa, persistente, la refractometría (con el aparato de Ullrich) enseñar una disminución de las albúminas circulantes, descenso de la alcalinidad y aproximadamente normal las cifras de urea y colesterina del suero (datos personales). Los *líquidos de punción* son opalescentes, fluidos, sin sedimento (ni aún por centrifugación), lo que demuestra su naturaleza coloidea; contienen de 7 a 8 o|oo de cloruros y no encierran colesterina; pocos elementos citológicas a predominio linfocitario, y en proporción mono y polimorfonucleados, y escasísimas células endoteliales; la reacción de Wassermann intensamente positiva, produciéndose aún mismo con mínima cantidad de líquido utilizado como antígeno. La prueba de la dilución enseña que estos enfermos diluyen mal pero que concentran bien; son hipostenúricos e hipoclorúricos, debido a una perturbación de todos los tejidos, que

son los culpables de la retención. El azul de metileno se elimina más o menos normalmente. La de los cloruros es peligroso realizarla. Hay retardo en la eliminación del ioduro de potasio.

Estos enfermos tienen buen *pronóstico quod vitam,* salvo intercurrencias, o inanición por mala dietética; se arrastran meses hasta quedar poliúricos y albuminúricos, raramente marchan a la amiloidosis y siempre a la forma intersticial crónica, invulnerable terapéuticamente.

La *anatomía patológica* enseña el gran riñón blanco de médula rojo oscuro y cortical rojo grisáceo. En cortes al Sudan el microscopio muestra en las células epiteliales de los *tubuli contorti* gotitas rojas de lipoides y degeneración albuminosa en algunos puntos; en los segmentos principales cilindros albuminosos y granulosos con lipoides. Glomérulos normales y tejido conjuntivo intersticial normal aunque hidrópico.

La *patogenia* requiere ulteriores trabajos para aclarar la naturaleza del proceso que desde ya podemos considerar de índole general y no sólo supeditable en sus manifestaciones, especialmente los edemas, a la lesión renal. La nefrosis lipoídica no ha podido ser reproducida experimentalmente.

El *tratamiento* se hará al principio con fricciones o mejor (para nosotros), sales solubles a dosis convenientes, contraindicando la aplicación del aceite gris *d'emblée; per os* o por vía rectal el mercurio es poco eficaz. Debe darse iodo metaloídico en alcohol o iodo coloidal en inyecciones; en segundo término los ioduros; el *salvarsán,* a pequeñas dosis y repetidas, obra eficazmente por su doble acción específica y estimulante del eritropoyesis; sígase a pesar de las reacciones de *Herxheimer;* el *hierro* complementará el tratamiento; el *azufre* coloidal es útil en ciertos casos; contraindicamos la *tintura de cantárida* y el *lactato de estroncio.*

Nosotros damos un régimen liberal a estos enfermos, régimen mixto, de preferencia sin carnes rojas y poca sal, hasta 5 y 6 grs. diarios. La medicación *tiroidea* obra eficazmente como diurética y por ser hipotiroideos muchos de estos enfermos, como creemos haberlo demostrado con *Eppinger.*

2.° La *degeneración amiloidea de los riñones,* es ordinariamente una manifestación parcial de un proceso degenerativo general, que se desarrolla también en otros órganos internos (Stern). Es casi siempre un "proceso degenerativo secundario", consecutivo a múltiples enfermedades que con-

ducen a la caquexia en alto grado. La afección primaria, en la mayor parte de los casos, es producida por *supuraciones de larga duración,* y entre las cuales la *tuberculosis* (de los huesos, articulaciones, pulmones o intestino, principalmente), luego la *sífilis* (en particular en sus formas ulcerativas tardías) y más raramente los *carcinomas* (ulcerativos especialmente), se discuten en orden decreciente tan infausta prioridad. Cualquier otro proceso supurativo crónico puede llevar, independientemente de los anteriores, a la amiloidosis renal.

La *sífilis* es incriminada por todos los autores, cualquiera sea su nacionalidad, como capaz de conducir a la degeneración amiloidea, ya sea la infección luética adquirida o heredada, y en este caso, manifestándose precoz o tardíamente, en particular cuando ha llegado al *terciarismo* y ocasionado destrucciones de los tegumentos, mucosas, huesos y articulaciones; en cuyo caso, las supuraciones sobreagregadas deben contribuir indiscutiblemente a la producción de las toxinas degenerativas, aún cuando se admite hoy día que la sífilis, como otras noxas, sin ir acompañadas de supuraciones crónicas, puede llevar al mismo resultado: la degeneración amiloidea. Esto último ocurre con la sífilis de gran virulencia, como Politzer lo ha consignado. La asociación sífilis-tuberculosis tan frecuente, parece favorecer la producción de la amiloidosis. Recordaremos que Hermanides ha sido uno de los primeros en colocar a la amiloidosis renal, entre las afecciones llamadas parasifilíticas, insistiendo en su libro sobre esta relación, cuya veracidad se confirma pleramente en algunos casos.

Sabemos que muchos han creído ver en la degeneración amiloidea, la nefrosis sifilítica, la cual, como es sabido, puede pasar a la larga a la degeneración grasa. La naturaleza de los procesos es bien distinta y no puede prestarse a confusión, aún cuando pueda haber degeneración lipoídica en el curso de la amiloidosis renal, y ocurrir ésta *d'emblée* por efectos de una contaminación sifilítica de virulencia inusitada.

Munk está de acuerdo con lo antedicho: las nefrosis en los tuberculosos o en los portadores de supuraciones inveteradas llevan primeramente a la *amiloidosis* y después pueden ocasionar la *lipoidosis*. Ya lo hemos repetido anteriormente, que esta lipoidosis secundaria no invalida su espe-

cificidad, cuando aparece *precozmente* en sujetos recién infectados de sífilis, lo que implica en ellos comienzo de *nefrosis luética*. También puede ocurrir la inversa: una *degeneración lipoídica* del riñón complicarse y continuarse en una *amiloidosis renal*. Igualmente cualquier nefropatía crónica de etiología sifilítica u otra, precedida o no en el primer caso por degeneración lipoídica (nefrosis sifilítica), puede acompañarse o complicarse de amiloidosis vascular.

Para aclarar la etiología a veces obscura de la amiloidosis renal, puede recurrirse a la búsqueda de espiroquetes en la orina y también, siguiendo los consejos de Bauer, practicar la reacción de Wassermann con la orina directamente, la que a menudo es positiva en estos casos.

Por todos es conocida la patogenia, sintomatología y anatomía patológica de la amiloidosis renal, para que no nos detengamos en su estudio; los tratados clásicos servirán de fuente informativa, aun cuando recomendamos los artículos de Chauffard y Laederich, Stern, el clásico libro de Volhard y Fahr, y el artículo de Richter en Kraus y Brugsch.

Unicamente insistiremos sobre el tratamiento; el régimen tiene que ser reparador del estado caquéctico de estos sujetos; se combatirán los focos supurativos y se vislumbrará en la etiología sifilítica y su tratamiento mixto, la única esperanza que pueden alentar estos enfermos: detenerles la degeneración amiloidea y mejorarles el estado general, aun cuando por desgracia ocurra esto en muy contadas observaciones.

3.º La *sífilis terciaria del riñón*, puede presentarse bajo una de las siguientes formas: gomas del riñón, nefritis esclerogomosa y nefritis atrófica lenta (llamada, por los italianos, nefritis atrófica endoarterítica), de acuerdo con la clasificación francesa, o sea lo que ellos llaman nefritis sifilítica crónica, en la que se incluye la nefritis parenquimatosa crónica con amiloidosis, estudiada en otro lugar.

Los autores alemanes distinguen: la nefritis intersticial crónica, fibrosa, multiplex de Orth, o sea la nefritis intersticial crónica sifilítica, la gomosa y las nefroesclerosis sifilíticas, que pueden a su vez ser primarias o secundarias, y en este caso particular a la nefrosis lipoídica o sifilítica; en cuanto a la amiloidosis renal, ya hemos manifestado que puede ser aguda o crónica, según la virulencia de la infección treponémica.

Debemos agregar a estas formas la glomérulo-nefritis sifilítica, particularmente frecuente en los heredo-sifilíticos.

La descripción anátomopatológica la haremos brevemente, conciliando las opiniones de ambas escuelas: francesa y alemana.

a) La *gomosis renal* es muy rara, por no decir excepcional; en el Museo de Anatomía Patológica de nuestra Escuela, no existe un solo ejemplar; el tamaño de los gomas es de los más variables, pudiendo llegar hasta el de una nuez.

b) *La nefritis esclerogomosa* de los franceses, vendría a corresponder a la forma *intersticial crónica multiplex fibrosa de Orth*, el anátomopatólogo alemán.

Puede ser consecutiva a la nefrosis lipoídica (como clínica y anátomopatológicamente hemos podido corroborarlo), por la tendencia a ser reemplazados los tubos degenerados por tejido conjuntivo, por dirigirse el proceso consecutivamente a agredir el glomérulo, y por las lesiones arteríticas y periarteríticas que suelen acompañar a la lesión.

Otras veces se tiene la *esclerosis renal nefrótica o nefritis intersticial nefrótica o maligna de Volhard y Fahr*, caracterizada por atrofia glomerular consecutiva a lesiones de los vasos aferentes y a proliferación concéntrica de las cápsulas de Bowman. Löhlein dice no haberla observado, debido, seguramente, a que por la benignidad relativa, ocurre que muchos casos escapan a la observación. Münk (en *Wirchow Archiv*, 1918) ha comprobado, en forma indiscutible, la etiología sifilítica en dos casos, pero en otros dos era solamente probable; estas observaciones han sido casuales, debido a la muerte de los pacientes por enfermedades intercurrentes. Histológicamente se trataba de focos múltiples con degeneración lipoídica de los epitelios; de los glomérulos, unos están atrofiados y otros conservados; las cápsulas de Bowman ofrecen degeneración lipoídica, que aparecen como medias lunas rojas teñidas por el Sudan-Hemalum, y debidas a la substancia homogénea que la compone; con el Van Giesson aparecen en rosa claro.

En la *nefritis intersticial crónica, fibrosa, multiplex de Orth*, se produce degeneración hialina y lipoídica de las cápsulas de Bowman, y lesiones degenerativas de los canalículos uriníferos, que pueden ser agredidos en la zona cortical; apareciendo el epitelio aplanado o cúbico, y en otras partes desapareciendo para ser reemplazados por la pro-

liferación del tejido conjuntivo. En las ansas de Henle pueden encontrarse cilindros hialinos. Suele haber *arteritis obliterante* y un intenso desarrollo de tejido de granulación en la periferia de los focos, limitados a puntos bien circunscriptos de la superficie, que conduce a la formación de zonas atróficas de forma estelar o cónica, de color gris, considerándose este intenso desarrollo del tejido de granulación en la periferia de los focos, como el carácter que la distingue de la atrofia arterioesclerótica simple en focos (Kauffmann).

Los riñones que resultan del proceso anterior, son: pequeños y duros, con cápsula gruesa y adherente, de superficie finamente granulosa: las granulaciones salientes de la superficie corresponden al parénquima conservado y las deprimidas al tejido conjuntivo neoformado. La cortical está disminuída de espesor; las pirámides están igualmente esclerosadas, pero menos que la substancia cortical.

Queremos señalar, que en esta forma la lesión primitiva, cuando toma el tipo de la *nefritis de Orth*, asienta en los vasos (arteriolas) de la llamada bóveda renal, y que se trata de una endoarteritis, y que este proceso trae la retracción y atrofia del glomérulo, el cual, una vez degenerado, se rodea de la cápsula de Bowman en degeneración hialina y lipoídica; luego le sigue la degeneración secundaria de los epitelios de los tubos uriníferos, especialmente en la zona cortical, y con el carácter de degeneración lipoídica, secundaria, por mala nutrición, la que en este caso se llama *Nephrotischer Einschlag*.

En cambio cuando ha sido bien evidente la "nefrosis lipoídica" (sobre cuyos caracteres ya hemos insistido suficientemente), que precede a la "nefritis de Orth", entonces la degeneración lipoídica de los epitelios de los *tubuli contorti* es precoz y antecede a las lesiones arteriolares, como hemos tenido oportunidad de constatarlo en una de nuestras observaciones que presentamos como paradigma de esta evolución.

Otro punto sobre el cual queremos insistir, es el referente a la tendencia regenerativa del epitelio renal; cuando estas células a nivel de los tubos han caído, el epitelio basal prolifera tratando de substituirlas en un esfuerzo, vano por lo general, pues a lo sumo llegan a engendrar macizos epiteliales rodeados por una vaina conjuntiva; estos elementos celulares epiteliales al adherirse por sus bordes e impulsar

sus núcleos (con gran tendencia a la picnosis) hacia la vaina mencionada, toman el aspecto de una "pseudo célula gigante", sin carácter específico, que implican simplemente una reacción infructuosa; estos elementos que ya han sido descriptos en otras nefritis (crónicas o en cicatrices de infartos, o en la atrofia renal senil), llevan el nombre de *Canalículos de Friedlaender.*

Clínicamente esta nefritis sifilítica tiene su individualidad perfectamente definida.

La poliuria en esta forma sería menor que en las otras nefritis intersticiales; entre dos o tres litros de orina clara, transparente y de escasa densidad: 1,005 a 1,015; existe cilindruria de hialinos finos, más abundantes que en las otras nefritis intersticiales y además cilindros granulosos con células en degeneración lipoídica.

La *albuminuria* es discreta y ésta, junto con la *lipoiduria* puede persistir años enteros, antes de dar otros síntomas de parte del aparato vascular.

Hay *retardo en la eliminación del agua* porque los epitelios tubulares son los que sufren; en cambio el *poder de concentración y eliminación del sodio* está conservado, pero cuando hay retención del sodio, debe atribuirse a la esclerosis genuina. El poder de concentración y de eliminación del N están conservados.

En contraposición a la nefritis intersticial genuina (que va acompañada de policitemia), existe una *verdadera anemia o pseudo-anemia.* Suele haber *hepato-esplenomegalia* discreta, implicando la constitución sifilítica del enfermo que la alberga.

Además, es su característica según Neumann, su aparición en la edad joven entre los 28 y 37 años, época en la cual no existen síntomas de arterioesclerosis o fenómenos hipertensivos.

La hipertrofia ventricular puede ser tardía en esta forma de nefritis, contrariamente a lo que ocurre en la *nefritis intersticial genuina*, en la cual la hipertonia y la hipertrofia ventricular son precoces.

Lo característico en la nefritis crónica sifilítica, es que a pesar de los síntomas renales, el corazón se conserva en su tamaño, no así la aorta que precozmente se ensancha por el proceso de "mesoarteritis sifilítica". Cuando se extiende a todo el árbol circulatorio el proceso luético de mesoarte-

ritis, la nefritis puede tomar el aspecto de una nefritis intersticial genuina.

Sin embargo, la *mesoaortitis* puede ser diagnosticada clínicamente por el ensanchamiento aórtico en el cayado, percutoria y radiográficamente, y agregarle el timbre metálico del segundo tono aórtico reforzado y a veces soplo sistólico, y en la necropsia encontrarse con lesiones muy discretas de la aorta y en cambio acentuadas en la región infundibular, siendo los síntomas clínicamente expuestos, una simple manifestación local de la hipertensión arterial.

Los autores alemanes insisten en que debe practicarse la reacción de Wassermann, ya que su resultado positivo depone en favor de la etiología sospechada.

Nosotros, siguiendo al profesor Castex, creemos falaz dicho examen de Laboratorio, y más bien consideramos a las grandes *linfocitosis* como indicio de la infección crónica sifilítica.

Recapitulando: el diagnóstico diferencial de la *nefritis intersticial crónica sifilítica*, con la *nefritis intersticial genuina*, debe hacerse, teniendo en cuenta:

La poliuria y albuminuria discreta; existencia de cilindros hialinos, más finos y abundantes que en las demás nefritis intersticiales, presencia de cilindros granulosos con lipoides o escasas gotitas de grasa, más o menos aglomerados; retardo en la eliminación de sodio; el poder de concentración disminuído y el de dilución conservado; la anemia o pseudoanemia: la hepatoesplenomegalia; su aparición en la edad joven (cuando pueden considerarse excepcionales los fenómenos hipertensivos arterioescleróticos), con hipertrofia cardíaca tardía, pero con ensanchamiento aórtico precoz.

Este proceso, en sus primeras etapas, es relativamente compatible con la existencia, pero se torna maligno cuando la esclerosis avanza, tomando el aspecto de una *nefritis intersticial crónica indurativa;* aparecen entonces las manifestaciones de claudicación del miocardio y las alteraciones del fondo ocular, tal cual ocurre en las llamadas nefroesclerosis malignas, y cuya aparición implica un pronóstico fatal a breve plazo, lo que se cumple con una exactitud desconcertante.

El *diagnóstico precoz*, debe hacerse tomando en consideración los caracteres de la orina y de la eliminación renal, recordando que la presión arterial, al principio puede estar poco o nada aumentada, lo mismo que la matitez car-

díaca, y que en cambio el aumento de tamaño de la aorta por "mesoaortitis sifilítica", y que se traduce a la auscultación por un reforzamiento del segundo tono que se hace metálico, deben llevar a pensar en el diagnóstico de *nefritis intersticial crónica sifilítica.* (1)

El pronóstico dependerá de la precocidad del diagnóstico y su terapia específica, ya que cuando se agrega al proceso renal sifilítico la esclerosis vascular, el pronóstico se hace muy serio.

c) Glomérulonefritis sifilítica. — Esta forma de nefropatía sifilítica, como tipo puro es menos frecuente que las anteriores, y particularmente como producto de la sífilis adquirida. La sífilis hereditaria, la suministra con mayor frecuencia, y muchas veces aparece movilizada por enfermedades infecciosas, como: sarampión, escarlatina, gripe, etc. Sus caracteres son: la hipertensión arterial con poliuria, de orinas de densidad elevada, las hematurias macro o microscópicas, como consecuencia anemia con cilindruria de cilindros a eritrocitos: hialinos y granulosos, — albuminuria variable, por lo general en pequeña cantidad, con capacidad funcional renal más o menos conservada, y pruebas de la dilución y concentración más o menos alteradas, especialmente habiendo edemas — pudiendo eliminarse bien el ázoe, así como los cloruros, dependiendo esto último de la intensidad de los edemas.

El *cuadro clínico* es el de la hipertensión arterial, con fenómenos seudourémicos, anemia más o menos pronunciada, a veces edemas, y lesiones no constantes del fondo ocular: neuro-retinitis albuminúrica y hemorragias retinianas, y entre las manifestaciones generales que pueden preceder a las anteriores: cefaleas, lumbalgias, astenia, postración, anorexia, polidipsia, anemia, etc.

Un caso típico de glomérulonefritis sifilítica a evolución crónica, ha sido publicado por uno de nosotros (Waldorp) con el profesor M. R. Castex.

Interviniendo precozmente con el tratamiento, se puede detener el avance de la enfermedad; desaparecen las hematurias, retroceden los edemas *si los hay*, baja la tensión ar-

---

(1) Hacemos las reservas anteriormente expuestas sobre los síntomas de la mesoaortitis sifilítica, que puede ser simplemente un exponente de la hipertensión arterial.

terial y se repone el estado general de los pacientes. El primer caso citado, es un ejemplo típico de esta evolución. Abandonados marchan hacia las formas crónicas de las glomérulonefritis, sin o con insuficiencia renal, o nos dan el cuadro complejo de la nefritis más *nefrosis sifilítica en los heredoluéticos,* con degeneración lipoídica secundaria de los epitelios por "nephrotischer einschlag", es decir, un *tipo mixto de nefrosis y nefritis sifilítica.*

No vamos a detenernos a analizar la sintomatología correspondiente a las formas difusa y en foco de la glomérulonefritis sifilítica, ni seguir las etapas evolutivas hasta la forma llamada *glomérulonefritis crónica,* que se encontrarán descriptas en Volhard y Farh, etc.

d) Las nefroesclerosis: benigna y maligna. — Constituye para nosotros el tipo más frecuente de nefropatía sifilítica, el que puede evolucionar mayor tiempo, dando menor número de manifestaciones, o en cambio con evolución más breve y solapada engendrar cuadros más graves.

Nos referiremos solamente, a las que pueden llamarse *nefroesclerosis primaria,* o sea la caracterizada por la *esclerosis primitiva* de los vasos renales por *arterioesclerosis sifilítica o arteritis sifilítica* de Gull y Sutton. Sin negar la influencia desempeñada por todos los angioesclerosantes (alcohol, tabaco, sobrealimentación, etc.), creemos con el profesor Castex, que la sífilis heredada o adquirida, sea por regla general el terreno preparador de las esclerosis vasculares y en particular, para esta localización que conduce a *las nefroesclerosis.*

Empiezan por dar los síntomas de la "hipertonia" (hipertensión arterial más hipertrofia cardíaca), con sus fenómenos acompañantes: *cardíacos, arteriales, cerebrales,* etc., y que se traducen por tal o cual localización; si son *cardíacos:* por hipertrofia cardíaca y a veces ritmo de galope con síntomas que implican el desfallecimiento del corazón (disnea, asma nocturna, edema pulmonar, edemas, etc.), trastornos del ritmo, etc.; si *arteriales* por: hemorragias cutáneas, nasales, pulmonares, cerebrales y manifestaciones de angor: pectoris, angiodisbasia intermittens, angiodispraxia gastrointestinalis; si *cerebrales,* por cefaleas, mareos, lipotimias, convulsiones, disnea tipo de Cheyne-Stokes, ictus, etc.; pueden dar los síntomas de la seudouremia por hipertensión, ya que la verdadera uremia en esta faz es latente.

De la nefroesclerosis benigna o hipertonía benigna, se

pasa a la hipertonía maligna o nefroesclerosis maligna, cuando a la "esclerosis vascular" se agrega la "nefritis"; por eso también se denomina a esta última: forma de combinación (Michforn). Es la etapa terminal en la evolución de las nefroesclerosis benignas no tratadas, ya que éstas, cuando se interviene precozmente, pueden detener su marcha; de lo contrario, fatal.

Los síntomas de las nefroesclerosis malignas, son esencialmente divisibles en dos grupos: cardioarteriales y renales; de los primeros, véase lo dicho al hablar de las nefroesclerosis benignas, con la sola particularidad de que en este período, las caídas en la insuficiencia cardíaca con ritmo de galope, son mucho más frecuentes y de pronóstico cada vez más reservado; esbózase siempre en estos casos el cuadro urémico clásico y especialmente, es con los cardiotónicos, que conseguimos hacerlo desaparecer.

Los síntomas renales son: la poliuria con polaquiuria y nicturia; retención de ázoe (que conduce a la verdadera uremia progresivamente) y de cloruros (sobre todo hallándose el enfermo en asistolia o hiposistolia), síntomas éstos modificables, con el estado de funcionamiento cardíaco; en cuanto sobreviene claudicación, la poliuria transfórmase en oliguria, aumentando la retención azoada y los síntomas urémicos consiguientes y apareciendo edemas cardíacos.

Estos enfermos, concentran y diluyen mal, mostrando retardo considerable y una eliminación excesivamente prolongada del azul de metileno, inyectado en una nalga para estudiar el estado del funcionamiento renal. Estos enfermos se despauperizan haciéndose anémicos.

La aparición de la retinitis albuminúrica, o mejor, coriorretinitis degenerativa, (ella es un signo precoz), implica la muerte dentro de un término ineluctable; alrededor de dos años y como máximo, cinco. Prodúcese ésta por uremia, por insuficiencia cardíaca o por intercurrencias, especialmente pulmonares.

El tratamiento de enfermos llegados a nuestras manos, en estas desventajosas condiciones, tiene que ser infausto; los drásticos, sangrías, cardiotónicos, etc., pueden enderezar la situación momentáneamente; el tratamiento específico, en particular el bicianuro de mercurio, parece ayudarlos por actuar como diurético, pero la marcha de la afección escapa actualmente a nuestros recursos terapéuticos.

Entre los dos tipos de nefroesclerosis, benigna y maligna,

hállanse gamas infinitas, en particular para las formas de combinación; se agregan dificultades para catalogar estos casos clínicamente. Así, por ejemplo, la nefritis de Orth llegada a una etapa avanzada, final, ofrece síntomas propios a la nefroesclerosis maligna, y únicamente el diagnóstico diferencial puede basarse en el atento análisis y escrutación de la evolución mórbida; la existencia de la nefrosis lipoídica anterior, borra la duda que pudiera suscitarse. La nefritis de Orth, empieza como proceso degenerativo canalicular y de panarteritis de los vasos de la bóveda renal, y esta *arteriolitis* se acompaña de infiltración embrionaria, que conducirá después a la esclerosis renal; en la nefroesclerosis pura, los vasos son los primeros en ser atacados, y por el mecanismo de la falta de irrigación, a la atrofia glomerular, luego canicular y, finalmente, a la gran esclerosis a gruesas abollonaduras.

e) No sabemos hasta qué punto está justificada la inclusión de la hematohemoglobinuria paroxística en el grupo de las afecciones renales, pero sí creemos razonable colocarla por su etiología sifilítica en este trabajo, siendo tan frecuente en la lúes hereditaria, como en la adquirida. Citrón dice que no hay que pensar en una afección renal; la infección sifilítica parece ser favorable a la formación de autohemolisinas, como lo prueban: el aumento del poder hemolítico del líquido céfalo-raquídeo, que en condiciones normales, apenas si lo tiene en grado ligero, y los resultados de las investigaciones sistemáticas de Donath y Landsteiner en paralíticos generales, demostrando autohemolisinas *a frigore*, aunque no tuvieran concomitantemente hemoglobinuria paroxística.

¿En qué período de la sífilis se presenta más frecuentemente la hemoglobinuria paroxística? Citrón nos dice que no existe entre sus numerosas observaciones, ni entre los casos citados en la literatura, uno solo aparecido en la sífilis precoz. Sería, por lo tanto, una afección propia de los períodos tardíos, lo que justificaría, así como las otras razones señaladas al principio, su ubicación en este lugar.

Pligue considera las dos terceras partes de los casos de hemoglobinuria paroxística, como de origen luético, y Citrón cita casos en los cuales no podría afirmarse la sífilis sobre argumentos convincentes. (Murri, de Bologna, y Fournier en Francia, han sido ardientes defensores de la etiología sifilítica, adquirida o heredada.)

Hoy en día, el número de observaciones publicadas en el extranjero, después de lo sostenido por Donath y Landsteiner y entre nosotros por el profesor Castex, arguyendo la etiología sifilítica heredada o adquirida, para la hemoglobinuria paroxística, es demasiado numerosa para que nos detengamos a citarla. El profesor Castex, ha sido el primero en publicar un caso entre nosotros y en demostrar la veracidad de su aserto, en un sujeto portador de una enfermedad de Raynaud y hemoglobinuria paroxística, tratado y curado por la medicación antisifilítica.

El frío, la superactividad física o los trastornos psíquicos, favorecen la aparición del acceso de hemoglobinuria paroxística, quizá como quiere Hymans, por hallarse aumentada la tensión de CO^2 en la sangre. Los detritus hemáticos acumúlanse en el bazo (espodógeno) y en el hígado dando lugar a que éste fabrique pigmentos biliares en exceso, ocasionando al pasar a la sangre el estado de ictericia hematohepatógena de Afanassiew.

Krehl comparte con Citrón de que la naturaleza íntima del proceso de hemoglobinuria paroxística, consiste en una alteración de las substancias lipoides del estroma y de que la sífilis es indispensable para la génesis del proceso, entrando así en el grupo de los trastornos llamados toxolipoídicos, dentro del cual incluímos a la nefrosis sifilítica lipoídica y a la atrofia amarilla aguda del hígado.

En los casos de hemoglobinuria, (en realidad hematohemoglobinuria), sin hemoglobinemia, habría que aceptar con Hayem, que la acción del amboceptor hemolítico tenga lugar solamente a nivel del riñón.

En los enfermos de hemoglobinuria paroxística, suele existir hipocoagulabilidad de la sangre, por falta o disminución de la citozima que el suero de los sifilíticos destruye (Klinger y Hirchfeld).

Por todo lo anterior, se está autorizado a extremar la averiguación de la sífilis hereditaria o adquirida, en los sujetos que presentan hematohemoglobinuria paroxística y a instituir, aún mismo en la sola sospecha, el tratamiento antisifilítico, mercurioiodurado-salvarsánico, con el cual hemos visto curar algunos enfermos. Dicho sea de paso, que en los períodos libres del acceso, estos enfermos suelen presentar albuminuria, pudiendo permanecer la tensión arterial invariable.

Hemos querido estudiar todas las formas de Nefropatías, que puede producir la sífilis heredada o adquirida, en sus diferentes períodos, insistiendo particularmente en los tipos que la Escuela Alemana ha independizado como genuinamente sifilíticos: la *Nefrosis lipoídica* y la forma *intersticial crónica fibrosa multiplex de Orth*, no olvidando la premisa que los franceses han emitido al ocuparse de este tema: "la sífilis puede reproducir todas las formas de Nefropatías conocidas".

Bibliografía

Doctores Waldorp C. P. y Behr O. Nefropatías sifilíticas: su concepto moderno de acuerdo con la Escuela alemana (presentación de observaciones clínicas y anátomo-patológicas). Comunicación a la Asociación Médica Argentina, en su sesión del 9 de mayo de 1921.

— — **Nefropatías sifilíticas** (presentación del estudio anátomo-patológico). Comunicación a la Asoc. Méd. Arg. el 10 de octubre de 1921.

— — **Nefropatías sifilíticas.** "La Semana Médica", números 19, 23 y 41 de 1921.

Psoriasis y embarazo

POR EL DOCTOR JOSÉ BRITO FORESTI (Montevideo)

Profesor de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina de Montevideo

El punto de partida de este pequeño trabajo es la observación de tres casos de psoriasis en tres señoras, que han ofrecido la curiosa manifestación de ver su psoriasis, rebelde a varios tratamientos, desaparecer durante sus embarazos y reaparecer luego con los mismos caracteres de antes. He aquí las tres observaciones, de las cuales, dos son ya antiguas y que fueron objeto de una nota que publiqué en 1913, en la Revista Médica del Uruguay. (1)

(1) "Revista Médica del Uruguay", N.° 1, 1913, pág. 41.

Obs. I., recogida el 10 de octubre de 1901. La señora Ana B. de R., de 34 años. Se trata de un psoriasis generalizado, típico, cuya primera erupción se manifestó cuando la enferma cumplía 18 años de edad. Los tratamientos más variados fueron puestos en práctica, para curar este psoriasis aceite de enebro, baños alcalinos, etc.), sin que se haya podido conseguir nunca un *blanqueo* completo de la piel de la enferma. Ahora bien, en las primeras semanas del primer embarazo, la enferma vió con sorpresa que su erupción disminuía poco a poco, hasta desaparecer completamente. La desaparición fué completa durante todo el embarazo y se prolongó hasta la vuelta de la menstruación, es decir, hasta unas seis semanas después del parto, época en que la erupción empezó de nuevo a aparecer hasta tomar el aspecto primitivo.

Los mismos fenómenos, en los mismos plazos, se han reproducido en los ocho embarazos más que tuvo la enferma. En total: 9 embarazos y durante los nueve embarazos, la enferma se ha visto libre de su erupción. Esta observación muestra, pues, que la desaparición de una psoriasis durante la preñez de ciertas mujeres, no es una simple coincidencia.

Obs. II., recogida el 10 de setiembre de 1904. Ana C. de O., de 42 años, en el momento de la primera observación, cuenta actualmente (enero 1913), 53 años de edad. Se trata, como en el caso anterior, de un psoriasis relativamente discreto en sus primeras *poussées*, pero que ha ido generalizándose lentamente hasta hoy. Las primeras placas se manifestaron a los 10 años de edad; como en la observación primera, los tratamientos más variados han sido aconsejados: el aceite de enebro, el bálsamo del Perú, el óxido amarillo de hidrargirio, el naftol β, el ácido salicílico, los baños alcalinos, etc.; todas estas medicaciones, solas o combinadas, no han tenido otro resultado que el de aliviar a la enferma, sin *blanquearla* completamente. Esta señora, obesa, ligeramente asmática, presentando gruesas várices en los miembros inferiores, responde al tipo que los médicos franceses llaman artrítico. En estos últimos años, el psoriasis ha persistido siempre, haciéndose aún más rebelde a las medicaciones habituales y tomando el aspecto verrucoso en los miembros inferiores, (sin duda a causa de las várices), y ofreciendo en algunos puntos una irritabilidad pronunciada para los tratamientos un poco activos. En estos últimos meses hemos tenido ocasión de volver a ver a la enferma; las placas psoriásicas de las ex-

tremidades inferiores se mantienen siempre verrucosas, irreductibles y cualquier medicación algo activa provoca una eczematización con exudación de serosidad y prurito intenso. En resumen, se trata de un caso de *psoriasis inveterata*.

La *pubertad* y la *menopausa* no han ejercido la menor influencia en la evolución de este psoriasis. La primera erupción es anterior al establecimiento de la menstruación. La menopausa, sobrevenida a los 48 años, no ha modificado en nada la marcha de la erupción.

Como en la primera observación, la erupción psoriásica de esta enferma ha desaparecido *completamente* durante el primer embarazo, y sin la ayuda de ninguna medicación, y ha reaparecido después del parto, con la vuelta de las reglas. Cinco embarazos más ofrecieron los mismos fenómenos. En total: 6 hijos y *desaparición completa* del psoriasis durante las seis preñeces.

Las dos observaciones que preceden son, como se ve, casi idénticas; en los dos casos se trata de psoriasis rebeldes a las medicaciones habituales, con tendencia a inveterarse y que desaparecen completamente desde las primeras semanas del embarazo, para reaparecer una vez la menstruación restablecida.

Las investigaciones bibliográficas que tuve ocasión de hacer a propósito de estos dos casos, no me dieron resultado alguno, no habiendo encontrado ni en los tratados clásicos ni en las revistas a mi alcance, ninguna mención de hechos semejantes. En noviembre de 1912, el profesor Petrini (de Galatz), (1) publicaba en el Boletín de la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifilografía, un caso análogo a los nuestros. Se trataba de una mujer de 28 años, afectada de un psoriasis vulgar, bastante generalizado, compuesto principalmente de elementos pequeños, y rebeldes a los tratamientos, puesto que el autor rumano no había nunca visto desaparecer el psoriasis de esta enferma, sino cuando la vió en el quinto mes de su quinto embarazo. La enferma, por otra parte, ha visto desaparecer regularmente su psoriasis durante sus cuatro embarazos anteriores y la vuelta de la erupción, generalmente más extendida que antes, cuando las reglas reaparecen. Coincidiendo con la desaparición del psoriasis y con el embarazo, la en-

(1) Véase "Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie", noviembre 1912, pág. 484.

ferma se encuentra mejor de estado general y aumenta de peso; el retorno del psoriasis coincide con un adelgazamiento, lo que la enferma atribuye a la lactancia.

El profesor Petrini añade que es la primera vez que observaba un caso análogo, caso que considera extraordinario.

Posteriormente a estas observaciones, he tenido ocasión de ver un nuevo caso, aunque menos probante que los casos anteriores, porque se trata de un único embarazo. La observación es la siguiente:

Obs. III. Andinesca Man..., 24 años, observación recogida en setiembre de 1916. Se trata de un psoriasis discreto, cuyos primeros elementos se mostraron a los 13 años de edad. Este psoriasis no fué nunca tratado; permaneció, pues, durante diez años sin modificación, hasta que sobrevino el primer embarazo a los 23 años, durante el cual el psoriasis desapareció totalmente. La iniciación de la desaparición tuvo lugar al mes de haber quedado en cinta y la reaparición cuando el *retour* de las reglas después del parto.

En las cuatro observaciones que anteceden, se notan los mismos fenómenos: psoriasis cuyos primeros elementos se han mostrado en edad temprana; que no han obedecido a los tratamientos habituales; que han sido permanentes en una palabra, y cuya única época de desaparición y en este caso *total*, ha sido la que media entre las primeras semanas de los embarazos y la vuelta de la función menstrual, después del parto.

Si se recorren los tratados clásicos a propósito de las relaciones posibles del psoriasis y del embarazo, en ninguno se encuentra consignado el hecho que motiva esta comunicación. En general los autores no encuentran sino influencias mínimas entre la preñez y el psoriasis, o hablan más bien de una agravación del psoriasis, con ocasión del embarazo o del parto. El tratado clásico de F. Hebra (1) no recuerda ningún caso en el que fuera posible encontrar un ataque de psoriasis en conexión con algún trastorno importante de la menstruación, del embarazo o del parto; aún cuando se hable en este caso de provocación del psoriasis por el embarazo, el autor no hubiera dejado de señalar el fenómeno inverso si hubiera tenido ocasión de observarlo.

---

(1) **F. Hebra.**—Traité des maladies de la peau, traduit et annoté par A. Doyon, tome I, pag. 413.

Los comentarios de Besnier al tratado de Kaposi (2) sólo mencionan la agravación que ciertos psoriasis sufren con la menopausa. E. Chambard (3) reproduce la opinión de Hebra. Ch. Audry (4) cree que la preñez tiene una influencia mínima sobre el psoriasis. Duhring (5) no hace ninguna mención sobre la influencia de las funciones sexuales y el psoriasis. Hallopeau y Leredde (6) notan que el psoriasis ha empezado a veces, al mismo tiempo que la menstruación; citan el hecho de Tommasoli, que han visto empezar la erupción *durante* el embarazo; añaden que puede observarse a raíz del parto. Dubreuilh (7) no menciona nada sobre este punto, lo mismo que Darier, (8) Mracek, (9) Brocq, (10) Hardy (11) y Bazin. (12) La opinión de los autores ingleses y americanos es también variable. Radcliffe Crocker (13) señala el parto y la lactancia como determinación de un ataque; James H. Sequeira, (14) en su tratado publicado después de la observación de Petrini, dice que las recaídas se ven a menudo asociadas a las preñez y a la lactancia. H. Stelwagon, (15) en su tratado posterior también a la observación de Petrini, nota que el psoriasis puede empeorarse en el último período de la preñez y durante la lactancia; por último, el único autor en que he encontrado una afirmación neta en cuanto a la desaparición del psoriasis durante el embarazo, es Sir Malcolm Morris, (16) que escribe en 1910, es

---

(2) Segunda edición francesa, tomo I, pág. 563.

(3) Artículo "Psoriasis" in Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, II serie, tomo 27, pág. 759.

(4) La Pratique Dermatologique, tomo IV, pág. 126.

(5) Traité pratique des maladies de la peau, traducción de Barthélemy y Colson.

(6) Traité pratique de Dermatologie, pág. 952.

(7) Précis de Dermatologie, pag. 221.

(8) Précis de Dermatologie, pag. 91.

(9) Atlas-Manuel des maladies de la peau, traducción Hudelo.

(10) Traité élémentaire de Dermatologie Pratique, tome II, pag. 338.

(11) Traité des maladies de la peau, pag. 892.

(12) Traité des affections génériques de la peau, tome I.

(13) Diseases of the skin, vol. I, pag. 322.

(14) Diseases of the skin, segunda edición, pág. 445

(15) Treatise on diseases of the skin, séptima edición, pág. 244.

(16) **Sir Malcolm Morris.**—Diseases of the skin, edición de 1910, pág. 311.

decir, antes de la comunicación de Petrini, que "during pregnancy the disease usually disappears, but may recur after the birth of the child."

En resumen, pues, y hecha excepción de la observación de Sir Malcolm Morris, la mayor parte de los autores que hemos mencionado señalan más bien la provocación o la agravación del psoriasis a causa de las distintas funciones sexuales de la mujer, que su atenuación. Es digno de notarse también que algunos autores señalan también la desaparición del psoriasis durante ciertos estados febriles, y su reaparición cuando se inicia la convalescencia.

De todas maneras, los hechos que motivan esta comunicación deben ser de observación muy rara aún dentro del mismo psoriasis, puesto que se trata de una enfermedad muy común en todos los países. Stelwagon calcula en un 2 al 3 por ciento la proporción de psoriasis, con relación a las demás dermatosis; en Inglaterra la proporción parece mayor, puesto que Radcliffe Crocker nota unos mil casos en 15,000 enfermos de la piel, es decir, el 7 o|o. En el medio en que observamos, el psoriasis es sumamente común, y tan frecuente en el hombre como en la mujer; nuestra estadística nos da alrededor de un 3 o|o sobre el total de dermatosis. Hemos tenido ocasión de observar mujeres psoriásicas en cinta, y debemos confesar que en la mayor parte de los casos, la afección no sufría ninguna modificación con la preñez ni con la menstruación y que, en la totalidad de los psoriásicos, los empujes agudos no tenían ninguna causa aparente a la que se pudiera atribuir la exacerbación de la enfermedad.

Nos sería absolutamente imposible interpretar los hechos que motivan este trabajo. La etiología del psoriasis es, por el momento, totalmente desconocida, y si los casos de psoriasis aparecidos después de la vacunación y el caso de autoinoculación positiva de Destot, hacen pensar en un proceso parasitario, el microorganismo causal está aún por descubrirse. Sin embargo, nos atrevemos a suponer que, aún siendo una afección parasitaria, el psoriasis debe sufrir la influencia, como por otra parte lo hacen todas las afecciones infecciosas, del terreno en que evoluciona. Estas modificaciones del terreno pueden ser permanentes o transitorias, como en el caso del embarazo. Los estudios modernos sobre las secreciones internas tal vez ayuden a resolver este punto. Se conocen los casos de modificación del psoriasis por la medicación tiroidea;

por otra parte, la glándula tiroides está muy frecuentemente hipertrofiada en las mujeres en cinta. Se han publicado también casos de psoriasis muy mejorados con las inyecciones subcutáneas o intravenosas de proteínas extrañas al organismo. ¿Existe alguna relación entre estos hechos y las modificaciones que el embarazo hace sufrir a las secreciones internas? Es sumamente difícil de decirlo, así es que nosotros nos limitamos a consignar los hechos en la espera de la publicación de casos análogos.

Montevideo, octubre de 1921.

Las inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal en las forunculosis

POR EL DR. ALBERTO MARIO PENCO (Montevideo)

Jefe del Laboratorio de la Clínica Dermosifilopática de la Facultad de Medicina de Montevideo

Ex Jefe de la Clínica Dermosifilopática de la Facultad de Medicina de Montevideo

Ex médico adjunto del Servicio de Piel y Sífilis del Hospital Militar Central

Médico del Servicio de Sanidad en el Ejército

Es con verdadero placer que tengo el agrado de hacer al Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía esta comunicación, que se refiere al tratamiento de las forunculosis por las inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal.

Mi deseo hubiera sido presentar a la consideración de este Honorable Congreso, varios casos que ilustraran, acabadamente, sobre las distintas afecciones, en que este medicamento ha sido usado con éxito. Pero, queriendo dar a este trabajo el carácter de una breve comunicación, no me ha sido posible extenderme más al respecto. Es así que me limitaré a tratar en particular su acción en las forunculosis.

Desde hace dos años, aproximadamente, lo estamos empleando corrientemente en la Policlínica Dermosifilopática del Hospital Maciel, a cuyo frente se halla nuestro estimado profesor, el doctor don José Brito Foresti; habiendo observado en la práctica diaria que en las afecciones en que

el estafilococus está en juego, obra en muchos casos, en forma excelente.

He empleado este tratamiento en las forunculosis, en casos en que habían fracasado los otros tratamientos conocidos hasta el presente, habiendo obtenido resultados muy satisfactorios. Esa ha sido la causa que me ha obligado a ponerlo en discusión en el actual Congreso.

Diré, pues, dos palabras sobre el modo de aplicar este tratamiento.

Empleo, al efecto, una solución de sulfato de cobre amoniacal que formulo de la siguiente manera:

Sulfato de cobre amoniacal . .	4 grs.
Agua bidestilada	100 cc.

m. y esterilícese, para inyecciones intravenosas.

Obtenida esta solución, hago inyecciones intravenosas, comenzando por una primera inyección de 1|2 cc. Dos días después, vuelvo a hacer una segunda inyección de 1 cc. Dejo pasar otros dos días y hago entonces una tercera inyección de 2 cc. Así sigo, sucesivamente, haciendo nuevas inyecciones, aumentando progresivamente la dosis hasta llegar a 4 cc. de la solución; intercalándolas en la misma forma que las primeras, sin preocuparme del número de ellas, hasta obtener la cura de la afección. Estas inyecciones, si se cree necesario, pueden también, hacerse diariamente, puesto que no tienen ninguna contraindicación, y si propongo que se hagan solamente cada dos días, es porque considero que se puede evitar al enfermo el tratamiento diario.

Nunca he observado en los enfermos inyectados ningún accidente digno de mención, y por el contrario, estoy firmemente persuadido de que se trata de una medicación ideal, puesto que no provoca ninguna reacción molesta en el organismo. Estas inyecciones pueden hacerse en cualquier momento del día, sin ningún peligro para el enfermo y sin hacerle ninguna indicación preventiva sobre régimen alimenticio, distancia entre las comidas, etc.

Siempre que he empleado este tratamiento, he suprimido a los enfermos todas las medicaciones locales y generales que estuvieran usando, de manera tal, que sea sola la acción del sulfato de cobre amoniacal, la que obre sobre la afección.

Solamente debo hacer una prevención sobre el uso de este tratamiento; pero ésta sólo se refiere a la técnica de la

inyección intravenosa. En efecto: he podido comprobar que cuando se inyecta la solución de sulfato de cobre amoniacal fuera de las venas, siendo este líquido sumamente caústico, provoca grandes dolores en la región donde se ha inyectado. Es, pues, necesario usar una buena técnica de la inyección intravenosa y no inyectar sin tener la absoluta seguridad de que la aguja está dentro de la vena.

Por esta razón, es que no me olvidaré de recomendar que quienes deseen usar este tratamiento, deben tener una buena práctica de la inyección intravenosa, dado las molestias que podrían ocasionar a los enfermos, las inyecciones que no siguieran francamente esa vía.

Como comprobación de la acción caústica de la solución de sulfato de cobre amoniacal, puedo citar el siguiente hecho, por haberlo observado con alguna frecuencia. Cuando he practicado esas inyecciones me ha sucedido en el momento en que terminaba de inyectar la solución y que me disponía a sacar la aguja del interior de la vena, que algunos enfermos acusaban un fuerte dolor en la región que se había aplicado la inyección y que coincidía con el retiro de la aguja. Este hecho lo he atribuído a que con seguridad al retirar la aguja, una o varias gotas de la solución habían quedado en el tejido celular subcutáneo.

Es, pues, ésta, una constatación que no deja lugar a dudas sobre la causticidad de la solución.

Creo no tener nada que agregar con respecto a la técnica de la inyección, como tampoco en lo referente a la manera de utilizar este tratamiento. Diré, ahora, dos palabras sobre los resultados que he obtenido con él.

Como ya hemos dicho en el curso de esta comunicación, desde hace dos años lo empleamos corrientemente. Muchos son los casos en que se han obtenido muy buenos resultados. Siempre he elegido para el tratamiento a enfermos que habían sido tratados con otras medicaciones y con las cuales no se había tenido éxito alguno. Haciéndole a esos enfermos el tratamiento con el sulfato de cobre amoniacal hemos conseguido curarlos. Creo que esto sea una verdadera prueba de la eficacia de este tratamiento, dado el fracaso de las medicaciones anteriores.

No tengo todavía casos en que el primer tratamiento que se les haya instituído sea el del sulfato de cobre amoniacal, pues todos los enfermos que, estando atacados de forúnculosis, me han consultado desde que empleo esta medica-

ción, han venido a verme después de haber hecho otros tratamientos.

De los distintos casos de la clínica hospitalaria, como de mi clientela privada, he preferido hacer conocer en detalles el que voy a relatar, por ser uno de los más demostrativos, dada la persistencia de la afección. Además, presenta el curioso fenómeno de tener durante varios años un período de recrudescencia que coincide con la época del año en que la temperatura es más elevada en nuestro ambiente.

H. C. U., uruguayo, de 35 años, casado, padre de 2 hijos sanos.

Antecedentes familiares. — Su padre falleció de tuberculosis pulmonar. Su madre falleció de angina de pecho. Tiene 4 hermanos, todos viven y son completamente sanos. Nunca han sufrido de ninguna enfermedad de la piel.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sano, teniendo solamente en su juventud una blenorragia y a menudo corizas.

Enfermedad actual. — Empezó en el año 1915, con un forúnculo de la región mentoniana. Después de éste, le aparecieron otros en distintas partes del cuerpo, especialmente en los miembros inferiores, donde parece eran de gran tamaño, según manifestaciones del enfermo. Vió en ese entonces a un colega, quien le hizo tratamiento local con una solución de bicloruro de mercurio y ácido acético y tratamiento general con levadura de cerveza. En vista de que estos tratamientos no le daban resultado alguno, dejó de tomar la levadura de cerveza, cambiando ésta por el azufre en polvo. Tampoco consiguió mejoría alguna con esta nueva medicación; siguieron apareciendo forúnculos en distintas regiones de su piel durante todo el año; aumentando el número de estos forúnculos enormemente durante el verano, a tal punto que terminaba la evolución de unos y empezaba la de otros. En el año 1916, volvieron a aumentar durante el verano y consultó, entonces, a otro colega, quien se decidió a cauterizarlos con el galvanocauterio. Tampoco tuvo resultado este tratamiento, pues siguió la afección su marcha en la misma forma que durante el año anterior. En vista de que no tenían éxito los distintos tratamientos, el enfermo decidió contentarse con hacerse aplicaciones de fomentos calientes hasta que conseguía la maduración; puesto que, como eran sumamente dolorosos y de gran tamaño, le provocaban grandes molestias durante el período de evolución.

En los años 1917, 1918, 1919 y 1920, siguió la forunculosis en la misma forma que durante los años 1915 y 1916, aumentando en grandes proporciones desde los meses de noviembre a marzo o abril y disminuyendo durante los otros meses de esos años; presentando siempre los forúnculos iguales caracteres, tamaño grande, muy dolorosos, variedad de la localización y siguiendo siempre la misma evolución. En cuanto al tratamiento empleado durante esos años por el enfermo, fué el de aplicaciones de fomentos calientes, como más arriba lo decimos, en vista del poco éxito de los que había empleado con anterioridad.

En noviembre de 1920 nos vino a consultar, con motivo de haber empezado a aumentar el número de los forúnculos, y, entonces, nos hizo esta historia de su afección.

Decidimos, en vista de sus referencias, hacerle el tratamiento con las inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal. Presentaba, en esa época, forúnculos muy grandes en los miembros inferiores y superiores y tenía uno muy grande en la región del puño.

Le hice una primera inyección de 1|2 cc. sin que el enfermo tuviera ninguna molestia. A raíz de ella notó que desaparecían los dolores en las regiones donde se encontraban los forúnculos y que la inflamación periférica desaparecía. Dos días después le hice una segunda inyección de 1 cc., sin que experimentara ninguna incomodidad. Desde entonces los forúnculos no le dolían más y empezaban a secarse y la inflamación periférica desaparecía más aún.

Dejo pasar otros dos días y le hago una tercera inyección de 2 cc. Como corolario de ella puedo constatar que el enfermo no tiene más dolores, que la inflamación periférica ha desaparecido totalmente, que los forúnculos están completamente secos y que no ha aparecido ninguna otra molestia. Dos días después, hago una cuarta inyección de 2 cc. y veo entonces que todos los forúnculos ya no existen.

Dejo pasar el mismo tiempo y hago una quinta inyección de 2 cc., terminando con ella la serie, pues el enfermo ya está bien.

Después de hacer estas cinco inyecciones hemos seguido al enfermo mensualmente, sin hacerle ninguna otra medicación, ni inyección alguna, y he podido comprobar que ningún otro forúnculo ha vuelto a aparecer hasta la fecha. Creo, pues, que el tratamiento de sulfato de cobre amoniacal se debe usar corrientemente siempre que se esté en presencia de una forunculosis, por todas las razones que he dado en el curso de esta comunicación.

Alrededor de la Sífilis

POR EL DOCTOR JOSÉ JOAQUÍN CANABAL (Montevideo)

Médico-Jefe del Pabellón Ricord (Hospital Maciel)

Médico-Jefe del Dispensario N.º 2 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Dos tifoideas originadas por bacilos captados en idéntica fuente y en idéntico momento, evolucionan cada una de acuerdo con el modo de ser del individuo; esto es: idiosincrásicamente. La sintomatología habitual se ve muy a menudo fundamentalmente modificada. Los datos clínicos cardinales suelen presentarse transfigurados, deformados u obscurecidos, a punto tal que pueden pasar a segundo término, desalojados por manifestaciones de reacción individuales.

Substitúyase el bacilo de Eberth por el pneumococo o por cualquier otro agente infeccioso y se tendrá la repetición de lo antedicho.

En síntesis, decimos, como los viejos: no hay enfermedades; hay enfermos.

Si tal cosa acontece con afecciones que caben dentro de cuadros aproximadamente fijos, ¿qué pensar de la sífilis, que llena toda la patología?

En la lengua es el fantasma del cáncer; imita la osteomielitis; copia en la piel las más diversas dermatosis y es capaz de simular todas las enfermedades y todos los estados. ¿Quién le pone marco? ¿Cómo se limita?

Si es nebulosa e incierta, e inconstante en sus manifestaciones clínicas, ¿pueden sus reacciones de laboratorio ser fijas?

Frente al síntoma o frente a la sospecha, la clínica y el laboratorio, de consumo, sondarán en busca del diagnóstico para esbozarlo o para fijarlo.

Bastará a menudo la primera frente a síntomas evidentes. A veces auxiliada por el biólogo pondrá en claro una duda. Otras veces, en cambio, no puede el laboratorio iluminar el campo y la duda será disipada por el éxito o el fracaso de un tratamiento de prueba.

He hablado de síntomas evidentes, pero es menester subrayar: evidentes para los que han hecho clínica larga y continuadamente. Las manifestaciones luéticas tienen, en general, un cariz propio, que entra al observador por los ojos o por las yemas de los dedos, en forma tal que ninguna lec-

tura ni ninguna explicación oral puede substituir, aun medianamente, el roce continuo con el enfermo.

Prueba de tal afirmación es la frecuencia con que los enfermeros envejecidos en las salas de la especialidad, bautizan como luéticas o no luéticas las lesiones observadas, con marcado acierto.

Desde la aparición de la reacción de Wassermann, el número de los idóneos en sifilografía se multiplicó en forma increíble y así vemos que la pobre sifilografía se anuncia hoy asociada a las más diversas ramas de la Medicina, como si en ella se viera una pequeña especialidad accesoria, hecho paradojal en momentos como los actuales, en que aún los profanos, animados de la mejor voluntad, quieren tomar cartas en el asunto frente a la difusión enorme del mal.

Y a consecuencia de una suma curiosa de factores diversos lleva la peor parte, la parte del desdén, quién debiera ser siempre más puesta en alto. Me he referido a la clínica. La invasión de atribuciones, no reglamentadas ni reglamentables, en una profesión que puede abarcarlo todo, suele llevar a muchos a la dependencia estricta del laboratorio y hace que aparezca la clínica como un ente de segundo orden, que sirve simplemente para procurar una satisfacción de amor propio, después de hacer un diagnóstico, que se reputa exacto sólo cuando el laboratorio se digna confirmarlo.

Creo firmemente que se trata de la única rama de la medicina a la que se haya querido supeditar en absoluto a los dictámenes del laboratorio.

¿Puede creerse, acaso, que los métodos actuales son infalibles y que podrán resistir la prueba del tiempo?

Piénsese que si esos métodos actuales son más perfectos que los de ayer, es porque éstos, en su tiempo insuperables, fueron susceptibles de mejoras.

Piénsese que cuando se trata de modificar un sistema o un método, en cualquier orden de cosas, es simplemente con la mente de perfeccionarlo.

En cuanto a las reacciones bioquímicas, físicas, físico-químicas o biológicas de la sífilis, sabemos bien que no hemos llegado al fin y que se estudian incesantemente nuevas modificaciones.

Es inexplicable, pues, el deseo de colocar a la clínica en un plano inferior. Si el laboratorio fuera infalible, sería admisible tal creencia. En el estado actual de cosas, no.

No, en primer término, porque se podrá llegar a la stan-

dardización de los antígenos, de los colorantes, de los aparatos, de todo lo que se use en las investigaciones, pero no se podrá standardizar jamás a los experimentadores.

No, porque aún hechos en la misma escuela, ellos serán por fuerza de distintas aptitudes.

No, porque no siempre se encuentra *in vitro* una manifestación palpable de lo que pasa *in vivo*, esto es: que hay estados en que la enfermedad existe y, sin embargo, no da en el laboratorio el más leve indicio de su existencia.

No, porque puede una lesión no ser accesible y en consecuencia no permitirá recoger el material necesario para una investigación directa.

No, en fin, por todas las circunstancias aún misteriosas, que rigen el modo de reaccionar de los entes vivos y de sus componentes íntimos, circunstancias que no pueden en momento alguno, permitirnos la ilusión de una invariabilidad matemática en las reacciones.

La reacción de Wassermann no es una reacción específica. Si el antígeno absolutamente necesario para la investigación de los hipotéticos anticuerpos fuera sólo conseguido con el extracto de hígado heredo-sifilítico, tal como se pensó en la época de nacimiento de la reacción, tal vez pudiéramos engañarnos, pero los experimentadores han obtenido idénticos resultados con las mismas sangres, usando soluciones de sales biliares, de jabones, de colesterina, etc., en substitución del extracto orgánico.

Por esa facilidad de obtener, fuera de todo origen sifilítico, material capaz de servir a los fines de la reacción, es que hemos llegado antes de ahora al convencimiento de que no se trata sino de un fenómeno ya físico, ya bioquímico, que puede dar reacciones positivas fuera de toda impregnación sifilítica.

¿Obedece a leyes físicas? ¿Responde a las teorías de los hipotéticos anticuerpos específicos? ¿Se trata simplemente de una reacción normal en todas las sangres y que se ve exaltada en la sangre sifilítica?

En todo caso, nadie puede fijar con exactitud sus causas. Con respecto al líquido céfalo-raquídeo, bastará recordar que las lesiones nerviosas que no rocen la integridad de las envolturas, no tienen por qué dar alteraciones ni en cuanto a su aspecto, ni en cuanto a su constitución, ni en cuanto a su citología.

Frente a la ulceración primaria en la investigación del

agente causal, falla también el laboratorio, como puede fallar la clínica.

Esa ulceración primaria, lesión inicial y puerta de entrada de la sífilis, puede ofrecer en la práctica dos casos distintos; esto es: ser tomada por una lesión banal y completar la ilusión de su portador con una cicatrización fácil y rápida. En tal caso no llegará ni al médico, ni al laboratorio, por su intermedio.

O puede ser una lesión franca que llegue al profesional en busca de diagnóstico. ¿Cómo debe hacerse éste?

Hasta el descubrimiento de Schaudinn y Hoffmann, el médico especialista era el consultado para ello. Después, durante mucho tiempo aún, se aceptó en nuestro medio que tal cosa sucediera, y el médico apoyó sus métodos clínicos con la investigación del treponema y convencido de que podía hacer su diagnóstico con relativa fijeza.

Hoy sostiénese, en general, que el único medio de diagnóstico exacto es el ultramicroscopio, y aún he oído negar la posibilidad del diagnóstico clínico.

Supongo que esa negación de derechos sea hecha con la mente de expresar que el médico puede equivocarse, puede fallar en su diagnóstico.

No existe infalibilidad del médico, pero tampoco existe la del laboratorio.

¿Es posible creer que la observación directa, por cualquier método (ultra o colorantes o tinta china o lo que se quiera), llegue a dar el cien por ciento de aciertos, ni mucho menos? Las matemáticas no caben en Medicina, y todos caemos en errores.

Hay observadores dotados de todas las condiciones para la paciente labor investigadora, hombres preparados, hombres conscientes, hombres honestos, pero que, hombres al fin, no son infalibles. Y si éstos, que llamaríamos elegidos, suelen equivocarse, ¿qué diríamos de aquellos que, osados o inconscientes, se adjudican el derecho de manejar un ultramicroscopio, carentes de los conocimientos o de la práctica suficiente? Lo peor es que su existencia no es una quimera y que, haciendo una maraña con cuanto microorganismo fino y sinuoso aparece bajo el objetivo, sifilizan a diestro y siniestro, bautizando con el nombre de lesión específica a ulceraciones que nunca serán el cimiento de la enfermedad.

Pero no sólo el conocimiento imperfecto es causa de error. Supongamos que cuando se afirma, se haga con precisión ab-

soluta. ¿Y cuando se niega? Negar es simplemente no encontrar, lo cual no es en manera ninguna excluyente.

¿Por qué puede un operador hábil *no encontrar?*

Simplemente por no caer en un foco de treponemas al hacer la escarificación. Citaré, al pasar, algunos casos que son de harta frecuencia.

El enfermo ha hecho aplicaciones antisépticas y ha modificado el habitat, provocando la huída del microbio. El lavado con agua hervida o con suero, durante 24 o 48 horas, puede volver las cosas al estado anterior, hecho, sin embargo, que está muy lejos de ser constante y obligatorio, ya que no conozco la existencia de un taxismo positivo, de una acción atractiva del agua ni del cloruro de sodio sobre el treponema.

En el chancro mixto, entidad clínica aceptada universalmente, el b. de Ducrey puede enmascarar la existencia del treponema. No extrañará este aserto a los que hayan visto más de una vez un enfermo con fenómenos netamente sifilíticos, un par de meses después de una investigación directa, que sólo descubrió b. de Ducrey.

Existe el chancro que no alberga en toda su extensión el treponema. Como en otras afecciones, el organismo, en su propia defensa, envuelve las colonias microbianas en una pared organizada de reacción local. Se forma uno o varios quistes. Si son palpables se puede ensayar su incisión; si no lo son, pueden, como es natural, quedar intactos, y la investigación será negativa.

Existe el chancro uretral, ente clínico palpable, aún cuando generalmente no accesible, ya que su existencia es concomitante con la estrechez que comporta la infiltración tubular o hemitubular, que circunda la ulceración.

En fin, generalizando, podremos decir que cabe el error de diagnóstico clínico, como cabe el error de diagnóstico de laboratorio.

He hablado de los errores de diagnóstico procediendo por clínica, y todos estamos tan convencidos de su existencia y de sus repeticiones, que creemos innecesaria toda demostración. Por lo demás, no hemos de ser los únicos profesionales infalibles.

Ahora deseo exponer a la consideración de los oyentes, algunos casos de reciente data, en que la clínica y el laboratorio no estaban de acuerdo. Es menester recalcar que los exámenes han sido hechos por personas de la mayor prepa-

ración y laboriosidad y cuyas dotes de hombres de bien corren parejas con su honestidad científica.

N. N., 43 años. Septicemia gonocóccica. Epididimitis-cistitis del mismo origen. Envolviendo el cuadro una violenta infección intestinal. La vuelta al estado normal se cumple alrededor de unos dos meses después del ingreso. El enfermo, aunque sin antecedentes venéreos hasta esta enfermedad, solicita se le haga un examen de sangre. El examen clínico no revela ningún estigma sifilítico.

Con gran sorpresa mía, el W. es H0 el 3 de junio de 1921.

Nueva reacción el 7 del mismo mes, H8.

N. N. Paresia de ambas piernas. Sin antecedentes venéreos. Perdió dos hijitos en la primera infancia. Hecho el Wassermann, 11 de mayo de 1921, resulta H8; hago la punción lumbar, cuyo resultado fué totalmente normal. Queda en observación bajo tratamiento adecuado.

La paresia evolucionó rápidamente hacia la paraplejía y aún hacia la cuadriplejía. Decidí no esperar más e instituí tratamiento mercurial a base de biioduro. Primero dos centigramos, al día siguiente tres, día por medio cuatro, y luego, a días alternos, hasta veinte inyecciones de seis centigramos, perfectamente toleradas. Sin estomatitis y con riñón normal.

Durante los últimos tiempos de tratamiento y cuando ya empezaba a dominar sus músculos, vale decir: cuando ya caminaba, aunque con dificultad, contrajo una gripe con reacción pleural.

Como la pleuresía se hiciera supurada, pasó a un servicio de cirugía, donde fué operado. Como la cicatrización fuera muy lenta, se le envió a RW. a principios de setiembre. Resultando H4, fué devuelto a mi Servicio, donde, sin tratamiento alguno, el 9 de setiembre dió la R.W. H8.

N. N., 30 años. Casado. Cefaleas intermitentes. Como antecedentes: lesiones ulcerosas genitales y maculosas de la piel, con RW. H0. Tratamiento arsenical severo y prolongado, a raíz del cual la reacción se ha mantenido siempre negativa. La punción da el mismo resultado.

Persistencia de las cefaleas; dos punciones más, también negativas. Ensayado el neo, cese de las cefaleas. Abandonado a la cuarta inyección, recidiva.

Ensayado el mercurio y con la misma maniobra, idénticos resultados. Reiniciación definitiva del tratamiento.

N. N., 28 años, español, soltero. Contrae una serie de chancros con investigación de treponema negativa, y de Ducrey positiva.

Llegó a mí después de tres meses de enfermedad, con tres reacciones de W. negativas.

Dolores osteóscopos femorales continuos y con exacubación verperal. Retracción de ambos biceps. Mialgias dorsales. Palidez y disminución de peso. Micropoliadenopatía generalizada.

Tratamiento con dosis altas de neo-salvarsán y cianuro de mercurio. Vuelto al estado normal sigue tratamiento.

N. N. 54 cas. Sin antecedentes venéreos. Aqueja ataques epileptiformes repetidos, que sobrevienen a continuación de preocupaciones serias.

Consulta varios médicos aquí y en el extranjero. Cosa curiosa, todos piensan en una sífilis ignorada. Lo someten a reacciones y punciones hechas en diversos laboratorios y en diversos tiempos, pero todas con el mismo resultado totalmente negativo. Se somete a tratamiento de prueba con sales mercuriales solubles y se dominan los ataques. Se detiene el tratamiento y el enfermo recae, por lo que se decide continuar.

N. B., 25 años, ruso, soltero. Hace unos años vi al enfermo con onixis y perionixis de todos sus dedos, además de franca periostitis de varias falangetas.

Instituído el tratamiento, a la octava inyección (5' gm. 70 ctgs.), sintiéndose en condiciones de trabajar, decide el enfermo ausentarse para campaña, con la promesa de continuar su tratamiento, lo que no cumple. Regresa este año en idénticas condiciones y la reacción es francamente negativa. Sin embargo, las lesiones regresaron a partir de la tercera inyección.

N. N., español, 46 años, casado. Antecedentes: toda la gama venérea en su juventud, con tratamientos locales de ocasión.

Hace dos años, en Barcelona, infiltración de la lengua con gran aumento de volumen del órgano, cuya cara superior presentaba ulceraciones. Concomitantemente, ulceraciones de la mitad inferior de la pierna izquierda.

Bajo asistencia médica se le prescribieron tres neos y una docena de inyecciones mercuriales insolubles.

Las lesiones se borraron y el enfermo, con motivo de su viaje a América, abandona toda medicación.

Hace unos meses reaparecen los mismos síntomas y viene a consultarme. Constato, además, una adenitis bilinguinocrural gigante.

La Reacción de Wassermann es francamente negativa.

Inicio tratamiento, y las lesiones obedecen tan rápidamente, que la cicatrización era definitiva a la quinta inyección.

N. N., 27 años, uruguayo, soltero, hacendado. En tratamiento por una prostatitis crónica, contrae un chancro en el cual se constata el treponema. Se inicia tratamiento por un colega, el cual le inyecta hasta veinte neos, en inyecciones semanales.

Varios W., todos negativos. Concurre a mi consultorio aquejando decaimiento y un fuerte dolor en la zona correspondiente al espacio interescapular. Al propio tiempo el enfermo se dice anemiado, pues su tinte normal, antes de la infección, era regularmente rosado. Dice que atiende sus quehaceres con buen ánimo en la mañana, pero que nota decaimiento después de media tarde.

El examen del pulmón no revela nada.

La Reacción Wassermann resulta otra vez negativa.

El régimen tónico no mejora el cuadro.

El tratamiento mercurial trae rápida mejoría en los síntomas, pero el enfermo, muy sensible, presenta, aún tratado a dosis bajas, una estomatitis dolorosa que nos obliga a volver al arsénico.

N. N., 28 años, solt. Contrajo un chancro hace unos dos años, que le diagnostiqué de sifilítico. Consigo, a repetidas instancias, que concurra al laboratorio, donde la investigación del treponema fué positiva. Hombre robusto y sin taras anteriores, le inyecto 0.45-0.50-0.75. Cicatrizado a la primera inyección, abandona el tratamiento. Dado que nos unían lazos de amistad, no cesaba de llamarlo a perseverar en el tratamiento, a lo que se negaba, sosteniendo estar curado. A principios del año en curso llega al Brasil y contrae una nueva ulceración estando en San Pablo.

Consulta a un especialista, el que, enterado de la anamnesis, va directamente a un Wassermann, que resulta negativo. Investiga entonces el treponema y, con sorpresa, constata su presencia.

Se trataba, pues, de una reinfección y el enfermo se había esterilizado con menos de dos gramos de neo-salvarsán.

N. N., 26 años, urug., solt. 29 de octubre de 1920, RW. H0. Placas mucosas bucales, mialgias, artralgias y cefaleas, aparecidas seis semanas después de cicatrizar una lesión vulvar que trató localmente, sin asistencia médica.

Inició tratamiento y sólo se le inyectaron seis neos, a dosis menores, porque la enferma era muy sensible al medicamento y concurría con irregularidad al consultorio.

El total de neo-salvarsán inyectado sumó 2gms. 45 ctgs.

Dejó de asistirse y volvió a la consulta en junio de 1921 con una ictericia por retención, con la vesícula aumentada y dolorosa y dolor irradiado en el hombro derecho. RW., 3 de junio de 1921, H8.

N. N., 24 años, solt. Contrae un chancro en campaña. Como la cicatrización tardara en llegar, viene a Montevideo, y un amigo lo conduce a un hospital, donde la RW. resulta H0. Por tal causa va a un dispensario, de donde lo despachan con indicación de volver más adelante a repetir su examen de sangre, ya que el que se le practicó allí resultó francamente negativo.

Tuve ocasión de verlo y prescribirle tratamiento pocos días des-

pués de su segundo W., pues venía con una evidente amigdalitis doble y placas mucosas linguales y gingivales.

N. N., 28 años, solt. Procedente del interior, llega a mí con lesiones secundarias incipientes. RW. H0.

Lo someto a tratamiento y, a su pedido, le permito ir a campaña, donde recibe hasta 28 neos en forma regular y con una dosis casi constante de 0.75 ctgs. semanales.

Se abandona luego durante unos ocho meses y viene nuevamente a consultarme por un dolor que el enfermo ubica, sin vacilación, en la zona precordial.

La RW. da H8. La radioscopia descubre una discreta dilatación de la aorta. Lo someto a un tratamiento combinado de neo-salvarsán y cianuro de mercurio ayudado por lipiodol.

El dolor desaparece rápidamente y le aconsejo, al retirarse a campaña, la continuación del tratamiento.

Podría hacer que este muestrario, vario en sus detalles, fuera mucho más vasto, pero entiendo que alcanza para corroborar las afirmaciones hechas.

El fin que he perseguido con estas líneas, hilvanadas con toda premura, ha sido recordar algunos datos que podrían ser mis

Conclusiones

1.ª El sifilógrafo no puede improvisarse, ya que se trata de una especialidad vastísima que requiere años de clínica.

2.ª La clínica debe auxiliarse con los datos del laboratorio.

3.ª La clínica no debe ser esclava absoluta del laboratorio, recordando que los porcentajes son subtotales y dejan un margen de error que ella debe despejar por sus propios medios.

4.ª No basta reposar sobre datos de investigaciones para hacer la especialidad.

5.ª El laboratorio no lo hacen los elementos, aparatos o todo material necesario, sino la real competencia y la acrisolada honestidad científica del investigador.

6.ª No debe pedirse al laboratorio lo que éste no puede dar: infalibilidad.

La autohematoterapia en ciertas dermatosis

POR EL DOCTOR BARTOLOMÉ VIGNALE (Montevideo)

Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina

Aunque muchas veces he ensayado la autohematoterapia en la clínica del Hospital Militar, y algunas veces en la Sala Ricord B, sólo en dos casos la he visto producir resultados bien nítidos, y sobre todo en uno de ellos, en el que los resultados han sido bien recomendables.

Como procedimiento poco difundido, aún no podemos trazar normas de conducta fijas, ni estos dos casos solamente podrían darla, por eso sólo me limitaré a hacer las consideraciones sobre los dos casos que presento.

Helos aquí:

1.ª **Observación.**—Cec. Ferr., urug., solt., jorn., 52 años. Desde muy joven (tenía 18 años), notó que la afección que motiva esta historia, el psoriasis, le comenzaba por las rodillas y luego los codos, quedando localizada durante dos años, hasta que se le extendió rápidamente a todo el cuerpo, sobre todo a los miembros en donde predominaba.

Hizo, durante mucho tiempo, un tratamiento poco enérgico, que no le reportó ningún beneficio. Después hizo tratamiento médico durante mucho tiempo, sin notar tampoco mayor mejoría. Tenía eso sí, períodos de mejoría, a veces espontánea, a punto de parecer curado, pero después volvía a repetirle.

Cansado de estas alternativas, resolvió venir a la capital, ingresando a la Sala Ricord B, del Hospital Maciel, en donde se le hizo el tratamiento de la autoenterovacuna del doctor Claveaux.

La mejoría fué rápida, y, cuando el enfermo pidió el alta para irse, el 17 de setiembre, su psoriasis había mejorado visiblemente.

No volví a ver más al enfermo hasta el día que volvió a ingresar a la Sala Ricord B, el 26 de julio del corriente año.

Se presentó con sus claras pero no muy intensas placas de psoriasis en codos y rodillas y gran cantidad de pequeñas diseminadas en todo el cuerpo, exceptuando el cuero cabelludo y la cara.

Resolví hacerle el tratamiento de la autohematoterapia, para lo que consulté el punto con mi profesor, el doctor José Brito Foresti, quien siguió atentamente la marcha de este tratamiento.

A los tres días le hice una toma de sangre de 5 cc., que se la inyecté subcutánea, que le repetí, haciéndolas con un promedio de una cada tres días, aumentando paulatinamente la cantidad, hasta que las nueve últimas se las hice de 20 cc.

Procedía de la siguiente manera: previa desinfección con alcohol

de las partes a utilizar, extraía sangre de la vena mediana cefálica del codo con una jeringa, y, directa e inmediatamente, la inyectaba subcutánea en la piel del abdomen.

En el tiempo que el paciente estuvo en la Sala Ricord, se le repitió 13 veces este método.

Terminadas estas trece autohematoterapias, el psoriasis había desaparecido, dejando sólo pequeñas máculas en los sitios donde había tenido bien nítidas las placas de psoriasis.

El enfermo se fué de alta el 6 de setiembre.

2.a **Observación.**—Gregorio C..., 40 años, urug., carrero.

Los antecedentes hereditarios y personales no son de interés.

La enfermedad actual, psoriasis, le comenzó hace 20 años por la cabeza y rodillas, acompañada de dolores generalizados.

Hizo como tratamiento sólo uno, a base de baños fríos, que lo mejoró bastante.

Después, su mal volvió a crecer de intensidad, sobre todo en los miembros inferiores. Para asistirse mejor vino a Montevideo (el enfermo es de campaña), donde el doctor Canabal, con pomadas que él no sabe especificar de qué y baños alcalinos, se lo hizo desaparecer por completo.

A los seis meses volvió con más intensidad que nunca, haciendo una cura naturista, a base de vegetales como el manrubio, ñapindá. etc., y baños fríos, método que lo compuso bastante.

Como no terminara de mejorar, ingresó a la Sala Ricord, en donde tuvo dos entradas.

La primera con sólo un mes y medio de estada, y la segunda en junio de 1921.

El tratamiento que se le hizo en la Sala ha sido con pomadas muy débiles de aceite de enebro, para calmar su prurito, y la autohematoterapia como base del tratamiento, siguiendo el mismo método que con el enfermo anterior.

Hasta el 4 de octubre se le habían hecho 19, siendo la primera de 5 cc., las tres siguientes de 10 cc., y las restantes de 20 cc. A este enfermo la inyección de 20 cc. le causa dolores bastante marcados.

Su estado, el 4 de octubre, era de lo más satisfactorio, habiendo desaparecido su psoriasis casi por completo, habiendo tenido una marcadísima mejoría, pues poco falta para poder considerársele curado. En ambos casos el procedimiento fué absolutamente inofensivo.

INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS

Refiriéndonos al primer caso, si nos hemos de atener a los resultados, debemos decir que el enfermo se curó con el procedimiento que describimos; pero con todo, conviene analizarlo bien. Este paciente ya había tenido períodos de mejoría, a veces espontáneos, que hacían pensar en una curación

completa, para volver después de nuevo, de modo que podría argumentársenos que esa cura no fué debida a los procedimientos usados, sino a las fluctuaciones de la enfermedad; pero el hecho de haber coincidido su mejoría con la terapéutica empleada, debe hacernos pensar que fué el método usado el que lo curó.

En cuanto a la segunda observación, si nos atenemos a los resultados, podemos hacer las mismas consideraciones que en el caso anterior, aunque no son tan concluyentes.

La autohematoterapia se puede emplear siempre, sin resultados perjudiciales para el organismo.

Aún empleada a dosis elevadas de 20 cc. cada tres días, como siempre la he empleado, no he notado jamás ningún accidente.

En cuanto al pequeño hematoma que se puede formar en el sitio donde se inyecta la sangre, no provoca más que un pequeño dolor en el sitio de aplicación dolor que por lo demás es perfectamente tolerado. Todo esto teniendo en cuenta las más perfectas reglas de asepsia, para no correr el riesgo de *infectar un hematoma*, con todas las consecuencias desagradables que podrá acarrear.

En cuanto a considerarlo como agente terapéutico exclusivo, si creyéramos que él solo no fuera suficiente para llevar a buen término el tratamiento, debemos contarlo, a lo menos, entre los métodos a tener muy en cuenta, para el psoriasis sobre todo, tratándose de una afección tan rebelde a los distintos agentes.

Y si no quisiéramos emplearlo como único tratamiento, podríamos asociarlo a los ya conocidos, por no haber nada que lo contraindique.

De lo anteriormente expuesto, podemos llegar a las conclusiones siguientes:

1.º La autohematoterapia en el psoriasis debe ser siempre ensayada, sola o asociada a otro tratamiento, estando autorizada en el psoriasis más que en cualquiera otra dermatosis, por tratarse de una afección, la mayoría de las veces muy rebelde a las distintas terapéuticas.

2.º La autohematoterapia es absolutamente inofensiva, razón de más para usarla siempre en el psoriasis.

— — —

Tratamiento de las Radiodermitis por el cloruro de magnesio

POR EL DOCTOR BARTOLOMÉ VIGNALE (Montevideo)

Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina

Si me he decidido a escribir estos párrafos, molestando la atención de los señores congresistas, ha sido por tratarse de una cuestión de actualidad, hoy en día, pues, como consecuencia del alto grado de desarrollo de la Roengenterapia y Radiumterapia, se han hecho algo frecuentes, aunque no mucho, las lesiones de los tejidos provocadas por estos agentes de curación, lesiones que tienen como carácter común el ser de una rebeldía marcada a todos los agentes terapéuticos.

Creo que con el caso que presento, puedo contribuir en algo al estudio de los agentes curativos de las radiodermitis, no con el ánimo de hacer que se generalice a todos los casos como si se tratara de un medio siempre seguro de curación, sino como una modesta contribución al estudio de la terapia de tan rebeldes afecciones.

M. C., 41 años, uruguayo, casado, marmolista, oficio que ha tenido que dejar al enfermo un poco en condiciones de inferioridad, por tener su lesión en el brazo útil, el derecho.

Entre los antecedentes personales y hereditarios no hay ninguno digno de nota.

A los 3 años le comenzó un eczema en la región anterior del pliegue del codo, que le continuó hasta ahora, siendo causa de la afección que motiva nuestra atención.

Durante los primeros años hizo un tratamiento muy poco enérgico, que no le reportó beneficios.

A los 15 años, hizo el tratamiento del eczema que le ordenaron los distintos médicos que vió, a base de distintas pomadas, sin obtener más beneficios que pequeñas mejorías.

Tratamiento interno y de régimen, no hizo ninguno. La afección que llama nuestra atención le comenzó hace 11 años.

Para curar su eczema hizo aplicaciones de Rayos X. A las tres primeras que se hicieron, con espacio de tres días una de otra, notó que la piel iba tomando un aspecto rosado, sobre la parte tratada, y a la cuarta aplicación se fué acentuando hasta tomar un color rojo oscuro, casi negruzco, al mismo tiempo que la región, cara anterior del antebrazo, en amplia extensión, se iba edematizando.

Desde los primeros días el dolor fué creciendo, a tal punto que, cuando la coloración era más marcada, los dolores eran agudísimos,

sobre todo durante la noche, siendo tan intensos que hasta su carácter se había vuelto insoportable.

Aparecieron, después, pequeñas vesículas de escaso tamaño, formando, por confluencia, flictenas.

Estas flictenas, al desgarrarse, dejaban superficies ulceradas de color oscuro, hasta que apareció una escara, que, al caer, dejó una superficie grande, infectada, de mal aspecto y con dolores irradiados a todo el miembro.

La ulceración se extendió en profundidad y en extensión, dejando a la vista una ancha superficie, presentando el aspecto de una amplia y profunda úlcera, de un tamaño de 10 cm. de longitud por casi todo el brazo en lo ancho, tomando la parte inferior del pliegue del codo y la cara anterior, y parte de la cara interna del antebrazo.

Era tan profunda que, según el enfermo, llegaba casi hasta el hueso.

Yo no lo vi sino 10 años después, pero me permito dudar que fuera tan profunda porque, si hubiera sido así y tenido la extensión que tiene actualmente, no hubieran quedado tan bien reparadas las funciones musculares, nerviosas, etc.

En cuanto tuvo formada tan amplia llaga recurrió a los servicios profesionales de distinguidos médicos.

Le hicieron tratamientos a base de pomadas, aplicaciones húmedas de todas clases, polvos, etc., habiendo agotado la terapéutica necesaria para estos casos, habiendo dado sólo resultados muy mediocres.

Hace un año me vino a ver a mi consultorio particular, presentando una ulceración profunda, extendida, de aspecto de poca vitalidad en los tejidos, y con la extensión descripta más arriba.

Le prescribí aplicaciones húmedas de sulfato de cobre y una pomada a base de bálsamo del Perú, pensando, por el aspecto, que habría también alguna infección secundaria provocada por alguna curación no del todo aséptica.

Usé después, como esto no diera resultado, varias clases de medicamentos: calomel, dermatol, óxido de zinc, agua de Alibour, etc., etc., hasta que un día, recordando las ventajas obtenidas en la última gran guerra con la aplicación de curaciones húmedas en las heridas a marcha tórpida, resolví ensayar en mi enfermo las compresas húmedas de cloruro de magnesio al 8 o|oo. A los diez días vino diciéndome que le parecía que la herida iba algo mejor, lo que me decidió a continuar.

Como le provocaba un poco de prurito, rebajé la proporción y lo hice al 4 o|oo.

Los resultados satisfactorios fueron creciendo, el dolor era nulo y el aspecto bueno de la lesión iba, poco a poco, acrecentándose.

Hoy, después de seis meses de tratamiento, puedo dar el caso por completamente curado, pues sólo faltan algunos pequeños islotes de epidermis por regenerarse completamente.

Como se ve, se trata de un caso digno de tenerse en cuenta por los señores congresistas, por tratarse de una radiodermitis crónica, que curó en 6 meses con el cloruro de magnesio, por ser un tratamiento no molesto, simple y sin peligro ninguno de empeorar las úlceras, por ser el cloruro de magnesio al 4 o|oo, completamente inofensivo para los tejidos.

Conclusiones:

1.° Visto el resultado que en el presente caso dieron las aplicaciones de cloruro de magnesio en forma de curaciones húmedas, debemos siempre ensayarlo en las radiodermitis.
2.° Es absolutamente inofensivo para los tejidos.

Tratamiento del psoriasis artropático por las inyecciones intramusculares de azufre

POR EL DOCTOR BARTOLOMÉ VIGNALE (Montevideo)

Jefe de Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina

El hecho de tratarse de una afección tan rebelde como las artropatías psoriásicas, me ha obligado a presentar este caso, en que una artropatía intensa mejoró notablemente y sólo quedó como rastro de la afección la deformación (mucho menor de lo que era, por otra parte), puesto que no podía desaparecer completamente, habiendo desaparecido los otros síntomas.

El caso es éste: Eug. Ch., francés, jorn., 49 años. Entre los antecedentes personales no hay ninguno de importancia.

Sólo entre los antecedentes hereditarios hay uno que podría tener un interés relativo, y es que el padre era un gran alcoholista.

La enfermedad que actualmente lo aqueja, el psoriasis, le comenzó hace 36 años, es decir, cuando tenía 13 años de edad. Comenzó por un prurito débil en el codo derecho y a los dos días tenía formada la lesión característica del psoriasis.

Después, en el codo izquierdo, luego le tomó el cuero cabelludo. Tomó después las rodillas, para generalizarse luego rápidamente, y a tal punto, que invadió casi por completo la piel. Recalco estos datos

para hacer notar que se trata de un psoriasis que desde los primeros momentos tomó caracteres de intensidad grandísima.

Le hicieron tratamiento de baños y pomada, llegando, lentamente, a una aparente curación. A los 17 años, cuatro después del comienzo de su enfermedad, ingresó al Hospital San Luis, de París.

En ese transcurso de tiempo tuvo tres mejorías, que hicieron creer en la curación completa.

En el Hospital San Luis le hicieron tratamiento a base de ácido crisofánico, habiendo dado resultados mediocres.

Hace nueve años llegó al Uruguay con su enfermedad en pleno apogeo, a pesar de haber seguido todos los tratamientos que se preconizan en estos casos, como ser el aceite de enebro, baños alcalinos, azufre, calomel, ácido salicílico, zinc, crisarobina, ácido crisofánico, etc.

Pero lo que más nos interesa es lo que se desarrolló en los últimos años.

En ese entonces, a raíz de un pequeño traumatismo recibido en el cuello del pie, esta articulación empezó a hacerse dolorosa y a edematizarse, quedando estacionario durante unos tres meses.

Paulatinamente, el edema aumentó y su articulación se rodeó de una placa de psoriasis, al mismo tiempo que el dolor y el enrojecimiento aumentaban.

El dolor fué extendiéndose, junto con la inflamación, a todas las pequeñas articulaciones del pie, provocando cierta imposibilidad de los movimientos, que se iba haciendo cada vez más marcada por la deformación a marcha rápida, que le tomaba el cuello del pie derecho y producido por un aumento irregular de ciertas superficies articulares y que daban al pie el aspecto característico de esta clase de deformaciones.

Era indiscutible una artropatía de origen psoriásico, o, para ser más explícitos, un psoriasis artropático. El cuello del pie izquierdo estaba también dolorido y deformado, pero no tanto como el derecho.

Los dolores eran intensos de día y se acrecentaban durante la noche, hasta que en una de éstas, después de un día de trabajo fatigoso (es encerador de muebles), los dolores se le agudizaron de tal manera, que una ambulancia de la Asistencia Pública tuvo que traerlo al Hospital Maciel.

Los primeros tiempos de estadía aquí hizo reacción febril muy moderada y con reposo, vendajes, régimen y calmantes, fueron disminuyendo sus dolores.

Al principio se le hizo tratamiento de baños alcalinos, aceite de enebro, óxido amarillo de hidrargirio, etc., hasta que, por indicación del profesor doctor José Brito Foresti, se le comenzaron a hacer inyecciones intramusculares, de acuerdo con la fórmula siguiente:

Azufre precipitado y lavado	0. gr. 20 ct.
Eucaliptol	20 gr.
Aceite de sésamo	80 gr.

Para fabricarla se disuelve lentamente el azufre en el aceite de sésamo calentado y, cuando está tibio, se le añade el eucaliptol.

Debo advertir que, cuando ingresó a la sala Ricord B., sus dolores se habían generalizado a todo el cuerpo, sobre todo sus articulaciones, y más que ninguna la rodilla y toda la columna vertebral, lo que le imposibilitaba casi todos sus movimientos.

Es el azufre la medicación más indicada en el psoriasis. Bory, Pautrier, Brisson lo preconizan en uso intramuscular, asociado a productos como el alcanfor, guayacol cristalizado, etc.

Aún mismo con el azufre los autores aconsejan distintas clases: unos el lavado; otros el cristalizado, que es muy doloroso, etc.

La fórmula que indiqué conviene inyectarla alta y profunda en la región glútea, para no provocar reacciones locales o dolorosas muy intensas.

Comenzando por la dosis de 1 cc. y aumentando progresivamente hasta 5 cc., sólo dieron dolor algunas de ellas, pero sin poder establecer normas fijas o seguras, pues con 2 cc. he encontrado algunas reacciones de dolor, que a veces no las daban las de 5 cc.

Es de advertir que jamás este dolor ha sido intenso.

Con reacción general sólo noté la 18.ª inyección (de 5 cc.), que provocó algunos chuchos, pero no intensos, dolor, malestar general y náuseas, habiendo durado estos fenómenos una noche.

Se puede decir que, con inyecciones de 3 cc., es bien tolerado y da poca reacción local.

Desde las primeras inyecciones, tanto el dolor como la imposibilidad para los movimientos articulares, fué calmando hasta desaparecer en absoluto, y, a la 8.ª inyección pudo marchar con relativa facilidad.

El efecto, pues, para su artropatía, como para sus dolores generalizados, fué notable.

Hoy su articulación y su pie tienen una deformación muy disminuída como resto de su estado anterior, que ya no se reducirá más; indolora, que le permite marchar sin molestias y con libertad de movimientos en todo el cuerpo, digno esto de hacerse notar, porque su columna vertebral no podía doblarse y sus articulaciones estaban imposibilitadas.

Su psoriasis en general se ha modificado en sentido favorable, pues ahora vemos, como restos de sus características placas, lesiones eritematosas ligeramente descamantes, y sólo en ciertas partes presentan los caracteres típicos del psoriasis.

El caso, si no es suficientemente demostrativo en lo que respecta a la parte cutánea, lo es en alto grado en lo que respecta a la parte artropática, pues podemos asegurar que se halla curado (claro está que la deformación que tiene ahora no se reducirá más), porque el enfermo no acusa dolor, trabaja, se mueve todo el día, a tal punto, que hace en la Sala Ricord B las veces de un enfermero inteligente y activo, sin producirle todo esto ninguna clase de malestares.

Sin exagerar podemos decir que se trata de un caso muy digno de tenerse en cuenta, por tratarse de un caso de curación de una afección rebelde a todo tratamiento y de curación muy difícil, y aún muchas veces incurable.

Conclusiones:

1.º El azufre en la forma indicada debe siempre ensayarse en el psoriasis artropático.

2.º El organismo, en dosis conveniente, lo tolera perfectamente bien.

Un nuevo método de cura del chancro fagedénico

POR LOS DOCTORES

JOSÉ MAY (Montevideo) y ENRIQUE CLAVEAUX (Montevideo)

Jefe adjunto del Dispensario N.º 1 del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Profesor de Patología General
Subdirector del Instituto de Higiene

El tratamiento del fagedenismo chancreloso es uno de los problemas que en terapéutica venérea reclaman una solución definitiva. De evolución irregular, caprichosa, deteniéndose muchas veces cuando menos se espera, sin que puedan preverse los destrozos irreparables que es capaz de producir.

El fagedenismo es considerado como una evolución especial del chancro simple, a cuyo agente se agregan los microbios piógenos, que en terrenos mal preparados para la defensa, — alcoholismo, sífilis, caquexia, etc., — y a los que se agregan como causas coadyuvantes, la miseria, la larga permanencia en el hospital, producen los mismos fénomenos anatomo-patológicos de necrosis por obliteración de los vasos del dermis. Tan es así que en algunos casos con el traslado a la orilla del mar, estimuladas las defensas del organismo, han curado ulceraciones fagedénicas.

Es en nuestro medio una complicación felizmente rara. Hay muchos chancros simples de evolución prolongada en el tiempo, pero muy pocos son los casos que han llegado al fagedenismo. Uno de nosotros, que actúa desde el año 1911 en la Clínica Dermosifilopática, no ha tenido oportunidad de

JOSÉ MAY y ENRIQUE CLAVEAUX.—*Nuevo método de cura del chancro fagedénico.*

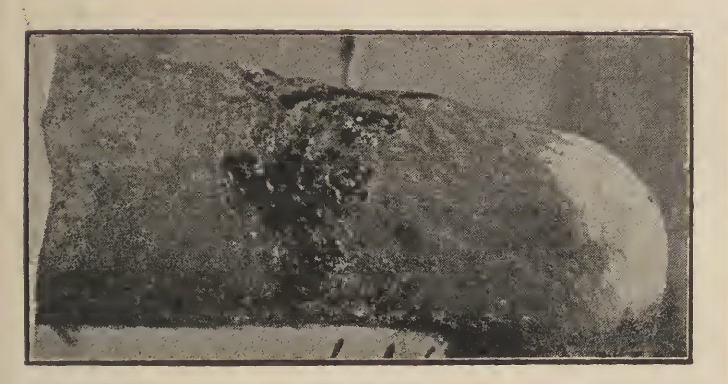


Fig. I. Estado del muslo antes de empezar el tratamiento (obs. 1.ª)



Fig. II. Después de las primeras inyecciones de auto-entero-vacuna (obs. 1.ª)



Fig. III. El muslo curado (obs. 1.ª)



Fig. IV. Estado antes de empezar el tratamiento (obs. 2.ª).

ver sino tres o cuatro casos con graves destrozos, uno de los cuales curó cuando había emasculado al paciente.

No es nuestro propósito pasar en revista todos los tratamientos indicados para el fagedenismo: sólo recordaremos que *Teupel,* citado en *Balzer* ("Maladies vénériennes", 1920), ha tratado enfermos por la inyección de 100 cc. de suero sanguíneo autógeno, obteniendo la cura sin otro tratamiento, lo que prueba la influencia innegable del terreno en la marcha del fagedenismo.

El procedimiento puesto en práctica por nosotros, se basa precisamente en esa misma consideración. Hemos aplicado en otras afecciones cutáneas, ya sea cultivos de los microbios de la serosidad misma, solos o combinados con entero-vacunas (caso de ectima, comunicación a la Sociedad de Medicina, agosto de 1921), y en algunos casos con resultados muy halagadores, por lo que, cuando nos encontramos frente al caso motivo de la observación I, no titubeamos en hacerle, a más del tratamiento local, que ha sido lo más anodino posible — lavado con agua hervida y aplicaciones de pomada de ictiol al 10 o|o, — inyecciones subcutáneas de autovacuna, preparada por uno de nosotros. (Doctor Claveaux).

El éxito más franco coronó nuestra terapéutica, como podrá apreciarse por los grabados que ilustran el trabajo y por la historia clínica.

Poco tiempo después, en mayo de este año, concurre a la Clínica Dermosifilopática del Profesor Brito Foresti, el enfermo de la observación II, y, teniendo ya la convicción de que empleando la autoenterovacuna triunfaría en este caso, solicitamos de nuestro profesor la aquiescencia para ensayar el procedimiento, que también triunfó ampliamente.

Actualmente hemos empezado a tratar un 3.er caso, que viene evolucionando de cinco meses a esta parte.

He aquí las historias clínicas.

OBSERV. I. Matías J. Silv., oriental, de 30 años.

Antecedentes de la enfermedad: En 1917 tuvo un chancro del frenillo que curó en muy pocos días, dos o tres, pero que dió a los ocho días una repercusión ganglionar, seguida de empastamiento y supuración, por lo que el doctor Bilbao (del Salto) lo incinde. Esa incisión dió salida a pus, pero el empastamiento de la región inguinal persiste muy extendido, por lo que fué enviado al Hospital Militar de esta ciudad.

Allí ingresó al servicio a cargo del doctor Bado, quien lo sometió a un riguroso tratamiento higiénico y de sobrealimentación; pareció tener una mejoría, pero aparecieron unos puntos blandos, dice el

enfermo, que se abrieron espontáneamente, quedando después como una rosa abierta. Se le hicieron múltiples tratamientos locales y, al cabo de cuatro meses de prolijos cuidados, empezaron a cicatrizar las ulceraciones, quedando en una zona unas costras.

La afección pareció dominada. El enfermo se traslada a Buenos Aires, y a fines de 1919, en noviembre, aquélla recrudece. Las costras se ulceran, toman una marcha excéntrica. Concurre a uno de los servicios hospitalarios (Hospital Alvarez, de Flores) y allí se le hacen diversos tratamientos locales, pomadas, toques de nitrato de plata. Además, se le hace, como tratamiento general, inyecciones de neo-salvarsán (18) y 3 inyecciones de mercurio, al ver que no reaccionaba con la terapéutica arsenical.

En estas condiciones, ya en 1920, regresa a Montevideo, concurriendo a la Policlínica Dermatológica, en octubre.

Al examen se presenta tal como aparece en la figura I.

A la inspección del enfermo se ve una zona cicatrizada que, invadiendo la pared abdominal, llega hasta la mitad del muslo izquierdo. En éste se ven, dispuestas sobre el borde, unas ulceraciones grandes, irregulares, de color rojo oscuro, que no corresponden al cuadro habitual de las sifílides ulcerosas.

La historia que narra el enfermo nos hace inclinar al diagnóstico de bubón fagedénico y pedimos al doctor Claveaux, allí presente, que hiciera las investigaciones bacteriológicas correspondientes, y cultivos, con los que prepara una vacuna.

Una semana más tarde comienza su tratamiento: local, desde el primer día, se limitó a lavarse con agua hervida, poniéndose una pomada de ictiol al 10 o|o, con vaselina como excipiente para evitar que las gasas se adhirieran, y, como tratamiento general, las inyecciones preparadas por el doctor Claveaux.

A los diez días de iniciado el tratamiento, o sea después de la 4.ª inyección, hay una verdadera transformación. La superficie de las ulceraciones aparece menos fungosa, se ha empequeñecido: el centro de la ulceración está completamente cicatrizado; los dolores que sentía el enfermo en su pierna han casi desaparecido. En estas condiciones se le saca la fotografía. (V. figura II).

Se continúa la terapéutica sin más variación que un aumento en la dosis de vacuna, y, en poco más de un mes, ha quedado total y completamente cicatrizado. El enfermo ha aumentado de peso y persiste completamente curado. (Figura III).

OBSERV. II. Scop. Ant., oriental, de 31 años.

Antecedentes personales: Tuvo un chancro sifilítico hace 10 años, habiéndose tratado durante un año con fricciones y yoduro bajo la dirección del doctor Brito Foresti, abandonándolo por su cuenta. Hace 4 años tuvo un chancro seguido de adenitis, de la que conserva una cicatriz en la región inguinal izquierda. Poco más o menos por esa fecha tuvo una ulceración de la piel en la pierna izquierda, del tamaño de la palma de la mano, que curó con tratamiento local.

En junio 18 de 1920 tuvo un pequeño chancro del glande, diagnosticado chancro simple y al cual se le hizo el tratamiento corriente, de solución de sulfato de cobre al 1 por mil y peróxido de zinc. Al mismo tiempo, el médico tratante le indicó jarabe de Gibert. Como la ulceración se fuera extendiendo a pesar del tratamiento local, se le hicieron pulverizaciones de agua oxigenada, luego aire caliente, que no logran detener la marcha invasora del fagedenismo que va decolando el forro del pene, que luego se abre, dejando al descubierto los cuerpos cavernosos. A pesar de las reacciones de sangre negativas, se asiste en uno de los Dispensarios, dándosele unas treinta inyecciones de neo-salvarsán. En marzo de este año concurre a la clínica del profesor Brito Foresti. Aquí se le hacen nuevos tratamientos, inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal, de tártaro emético, aplicaciones de iodo naciente, pero el fagedenismo implacable ha concluído con todo el tejido celular que rodea los cuerpos cavernosos y amenaza invadir el tejido subcutáneo abdominal.

Es en estas condiciones que nuestra intervención se produce. Igual que al anterior, se le suprime todo tratamiento antiséptico de la región; el agua hervida y el ictiol son puestos en juego, al mismo tiempo que se le hacen inyecciones subcutáneas de la autovacuna preparada.

La evolución favorable fué más lenta, pero, al hacer la segunda caja de ampollas, estaba completamente curado, y hoy que lo hemos reconocido está perfectamente cicatrizado, habiendo aumentado de peso. (V. figura IV).

CONSIDERACIONES

Es innegable y evidente la eficacia de la intervención de la vacuna, que determinó la cura en ambos casos. En su preparación, a más de la flora local, agregamos la flora intestinal de los enfermos, — habiéndose presentado en los últimos como elementos dominantes, el estafilococo y el coli. En la autovacuna, además de los microbios, se agregaron las toxinas correspondientes.

En resumen: se empleó una autovacuna mixta por su procedencia local e intestinal y polivalente por su composición.

En cuanto al modo de acción de esta vacuna debemos admitir: 1.º una inmunidad de orden específico para los elementos de procedencia local; 2.º una acción antianafiláctica contra la autointoxicación intestinal perturbadora de la defensa tisural; y 3.º la acción banal y repetida de "choc" proteico, determinado por la composición albuminoidea compleja de la vacuna.

¿De qué modo se suman, se combinan estos elementos para determinar la curación? No lo sabemos de una manera exac-

ta, pero apreciamos los resultados de su convergencia favorable, que no ha hecho otra cosa que dar al organismo las defensas de que carecía; ambos enfermos se han curado en poco tiempo, de una enfermedad terrible que había resistido a toda tentativa terapéutica.

CONCLUSIÓN

La autovacuna mixta — flora local e intestinal y polivalente — constituye un nuevo método de tratamiento del fagedenismo chancreloso.

Gonococia social

POR EL DOCTOR SALVADOR M. PINTOS (Montevideo)

No voy a hacer la historia completa de la lucha emprendida contra la Blenorragia, antes y después que Neisser hiciera conocer su agente patógeno; sería una tarea, que si bien completaría este trabajo, saldría de los límites intencionales del tema, que la II. Comisión de este Congreso, me ha hecho el honor de indicarme para ser su relator. Voy sólo a decir, que antes del descubrimiento de Neisser, las medidas profilácticas eran ineficaces y muchas de ellas irrisorias, ya fueran dictadas por la escuela flogogenista que con Ricord atribuía la enfermedad a irritaciones inflamatorias, por excesos alcohólicos o venéreos; de ahí su célebre receta de: si queréis enfermaros haced esto; si queréis evitar la enfermedad haced todo lo contrario; o las prescripciones de pobre desinfección de la escuela virulista, que con Diday, Hervieux y Gosselin, sostenían que la Blenorragia era una enfermedad infecciosa.

Fué después del descubrimiento del agente específico que se intensificó la lucha, haciendo y proponiendo infinidad de medios para su profilaxis. Esta campaña, que data desde entonces hasta la hora actual, ha sido proseguida, con tesón digno de encomio, pero desgraciadamente sin mayores resultados, porque de todos los medios propuestos, algunos de ellos bastante eficaces, ha faltado llevar adelante el principal, a mi juicio, que es la educación del pueblo sobre los peligros, mediatos unos, lejanos los otros, de esta enfer-

medad, a la que hombres y mujeres de todo nivel social clasifican de banal, no preocupándose de ella sino durante el período agudo de molestias y corrimiento, período que soportan con estoica resignación de pagar un tributo al placer. Es así que esta gente infectada, bien o mal atendida, consciente o inconscientemente se constituye en sus propagadores, a tal punto que, a pesar de todas las medidas, sigue hoy como ayer, y tal vez mañana como hoy, constituyendo una verdadera plaga social.

En nuestro país, la lucha contra esta plaga no ha sido menos intensa, y es para destruir la infección en sus focos principales que el H. Consejo de Higiene y los Poderes Públicos han dictado leyes, promulgando ordenanzas tendientes todas a combatirla de una manera eficaz, o al menos a reducirla a su más mínima expresión, creando dispensarios, nombrando médicos de radios, para poner en práctica la actual Reglamentación de la Prostitución.

No caben sino palabras de felicitación, de sinceros elogios y de voces de aliento al H. Consejo de Higiene y a todos los médicos que le secundan en tan ardua y fatigosa labor. Mas, por causas ajenas a su voluntad, no se ha podido conseguir lo deseable en la campaña emprendida, a pesar de los múltiples obstáculos que se hayan presentado, y de las proezas realizadas para poder vencer muchos de ellos; otros a pesar de todo, aún permanecen en medio de su camino, lo que hace que, aquí como en Europa, la decepción haya superado deseos y esperanzas, a causa de que aquí como allá la reglamentación está viciada por procederes injustos, reñidos con lo que debe hacerse, a fin de evitar la consecuencia fatal, que en vez de profilaxis verdadera, único Norte que ha guiado los pasos de tanta gente bien intencionada, ha tenido que contemplarse el progreso inaudito de la prostitución clandestina, y con ésta, el brutal porcentaje del acrecentamiento de la infección.

En París, sólo se habían podido anotar 6,000 prostitutas reglamentadas, sobre más de 40,000 clandestinas; aquí ignoro el porcentaje, pero en Montevideo y la campaña entera, se ven por doquier, ostentándose impunemente, casas "de pensión", casas "amuebladas", casas de citas, todas exclusivamente dedicadas a la prostitución clandestina; casas todas que los Poderes Públicos, velando por la salud pública, debieran por cualquier medio suprimir. En cuanto a las reglamentadas, habría que tratarlas con más solicitud, paciencia y aún generosidad, a fin de que perdieran ese horror a

la vigilancia policial y médica. El interés social, que debe primar sobre cualquier otra consideración, nos obliga a recurrir a los mejores medios para conseguir la profilaxis venérea, y la única condición de lograrlo es el disponer de todos los recursos necesarios para dar a la prostituta la educación especial, para prevenirse en su propio interés, de todas las fatales consecuencias de la infección, a que a diario la expone su género de vida. Subordinando todo al interés sanitario, una prostituta enferma es para nosotros una enferma, y la que no lo está, es una mujer a quien debemos consideración, olvidando lo que es en su despreciada vida.

Es ingeniándonos en atraerla y no repudiándola que debemos conseguir la profilaxis. Porque ella ignora todo; si se enferma, pasado el período agudo, poco a poco y según el tratamiento, todo va cediendo, hasta el momento en que no le restan más que un vago dolor, y un poco de flus. Y vuelve a reir y vuelve a infectar, porque se cree curada, porque cree que toda la enfermedad se reduce solamente a lo que ha tenido, y es porque ignora, porque nadie se lo ha dicho, que no siempre las cosas paran ahí, y es solamente cuando en una cama de un servicio ginecológico, se resuelve una grave intervención quirúrgica en su vientre, abre recién desmesuradamente sus ojos, cuando interroga sobre su lesión y el Profesor contesta: "es debida a su blenorragia".

Ella ignoraba que su banal enfermedad pudiera propagarse de trecho en trecho, desde su vagina a su útero, a sus trompas, a sus ovarios, produciendo enfermedades largas, dolorosas, como las anexitis y pelviperitonitis.

Porque ellas ignoran, que otras veces, las complicaciones se manifiestan bajo la forma de un reumatismo especial, de una desesperante tenacidad dolorosa y que localizándose en una articulación, deja muchas veces una deformación anquilósica, no siempre en buena posición.

Mostrarles con ruda franqueza la *verdad verdadera* de las graves complicaciones de esta enfermedad, que todas ellas creen sin importancia, enseñarles y grabarles bien en su memoria, que dada la constitución anatómica de sus órganos génito-urinarios, difíciles de desinfectar, antes que el gonococus gane las partes profundas de las mucosas, su persistencia en su uretra y en el fondo de ciertas glándulas, donde permanecen, sin que ellas puedan extirparlas por los simples lavajes vaginales; permaneciendo así el peligro de las complicaciones.

Enseñándoles el medio de defenderse, la manera de efectuar su antisepsia, tanto externa como interna, los medicamentos mejores a emplear, enseñándoles, en una palabra, todos los procedimientos para afrontar el peligro, se conseguiría educar a estas mujeres, que por interés propio, se prestarían solícitas a las prescripciones médicas de profilaxis venérea.

Pero esta profilaxis venérea exige una tarea más ardua, al salir de los límites de los prostíbulos para invadir la masa del pueblo, sin distinción de clases ni de sexos, constituyendo la profilaxis individual y social. Aquí, la noche es absoluta. La ignorancia sobre esta enfermedad y sus complicaciones es más completa, y para vencerla se requiere muchos conocimientos y un tacto especial, para saber salvar obstáculos y prejuicios siempre difíciles de desterrar por falta de la misma educación.

Hemos dicho, que después del descubrimiento de Neisser, infinidad de consejos, múltiples procedimientos se han puesto en juego, para evitar la infección aún exponiéndose al peligro; pero a pesar de ser todos más o menos buenos, más o menos enérgicos en su eficacia, hay que enseñar claramente, **que si bien disminuyen las probabilidades del contagio, jamás lo suprimen de una manera segura.**

Veamos algunos de estos medios. Empezaremos por el más conocido y más usado por el pueblo, "el condón": éste es uno de los mejores preservativos, porque al sustraer al individuo al contacto directo de la mucosa vulvo-vaginal y de sus secreciones, se constituye en buen arma de defensa las más de las veces, y si falla en otras no es para rechazarlo, por tratarse de una tela de araña contra la infección, como se le ha clasificado, sino por causas varias que es necesario hacerlas conocer; que estos preservativos se construyen de caucho o de tripa, ambos presentan ventajas e inconvenientes con relación a su material; los de caucho presentan la ventaja de ser elásticos, y esta elasticidad los hace más adaptables y cómodos, pero su misma composición enumera sus inconvenientes. El tiempo los altera, perdiendo su elasticidad, para volverse duros y friables, lo que facilita su ruptura, en el momento de su uso. Los de tripa son más resistentes, pero presentan el inconveniente de ser menos elásticos, menos adaptables y además no siempre son bien impermeables; pequeños orificios ocultos en sus dobleces, forma en que se venden, arrollados, pueden hacerle perder su seguridad. Fuera de estos inconvenientes,

en que resulta nulo, es de aconsejarse, dado que no presentan la resistencia a su uso, como otros preservativos que requieren manipulaciones especiales, y que por ser más onerosos pocos usan.

Por último, en cuanto al condón, hay que advertir, que jamás deben adquirirse en las casas públicas, pues por haber sido contaminados anteriormente, pueden convertirse en agentes de contagio.

Se ha imaginado también impedir la entrada del gonococus a la uretra, por medio de cuerpos grasos antisépticos, o bien de destruirlos si han penetrado, mediante la uretro-mecha empapada de vaselina sublimada del doctor Boureau.

En el primer caso, aconsejado por Janet, trátase de lubrificar el miembro y hacer penetrar en la uretra el cuerpo graso con su medicamento, sea, por ejemplo, la pomada al calomel de Metchnikoff; si bien esta lubrificación antiséptica es buena, no es un medio seguro, puesto que la temperatura que disuelve y la eyaculación que arrastra, se encarga de arrojar la pomada introducida, dejando en pie la posibilidad de penetración de la infección. En cuanto a la uretro-mecha, a pesar de las experiencias de Boureau, es un procedimiento que requiere buen meato y manipulación especial, que le convierte en impracticable.

Otros procedimientos se hallan basados sobre la eficacia de ciertos agentes antisépticos, y las escuelas se han dividido a este respecto, pues unos y otros han tratado de elegir el medicamento que posea con mayor potencia de acción, los menores inconvenientes en su uso y medios de aplicación. La escuela alemana da la preferencia a las sales de plata. La francesa, sin desconocer la acción de estos medicamentos, los rechaza, por las complicaciones fáciles de producir en manos del vulgo; y prefieren, generalmente, el permanganato de potasio por su acción especial, creando en la mucosa uretral un mal estado de receptividad del gonococus.

Haussmann y muchos otros, en Alemania, aconsejaban inmediatamente después del coito, a más tardar en los quince minutos que le siguen, la inyección en la fosa navicular, por medio de una jeringa especial, de una docena de gotas de una solución de nitrato de plata al 1 por 50. Engelhetb, de Copenhague, aconsejaba el lavaje de la uretra por el nitrato de plata, pero al 1 por 400. Bloknsewski, con su aparato "Semariter", introducía a medio centímetro y un centímetro de profundidad en la uretra, también la solución

de 1 en 50. Pero todas estas soluciones concentradas son sumamente dolorosas, no siendo fácil encontrar quien desee usarlas.

Calderine, según las experiencias sobre los perros, divide las preparaciones de las sales de plata en dos grupos desde el punto de vista de su acción local: 1.º sales cuya acción es profunda, penetrante, coagulante y cáustica; Nitrato de plata, Argentamina, Tachiol (fluoruro de plata), Ictargan, Actol, Itrol, etc. 2.º sales o preparaciones cuya acción es más superficial y menos cáustica: Colargol, Argonina, Protargol, Argirol, Albargina, etc., estos tres últimos son los más empleados; el Protargol, según Neisser y Barlow, debe ser preferido a todos los otros anti-gonocócicos, pues a más de sus propiedades antisépticas verdaderas, como todos los albuminatos de plata, presenta la ventaja de que sus soluciones no precipitan la albúmina y a su vez no es precipitado por el cloruro de sodio, de tal manera que, teóricamente al menos, puede atacar al gonococus en la profundidad del epitelio uretral. En el Ejército y en la Marina, en Norte América, se usa la solución de 2 por ciento de Protargol en la glicerina, en las primeras horas que siguen al coito sospechoso.

Neisser lo emplea en soluciones al título de 1|4 o 1|2 o|o, debiendo el sujeto conservar en su uretra, al menos por cinco minutos, esta inyección. Franck, de Berlín, aconseja la solución concentrada al 1 por 5, en la glicerina adicionada de una débil cantidad de sublimado, y por su indicación se han fabricado en Alemania pequeñas cajas conocidas bajo el nombre de "Vero", conteniendo cada una seis pequeños tubos de esa solución. Cada tubo sirve para vaciarlo por presión en la fosa navicular.

Las experiencias de laboratorio de Benario han demostrado la inutilidad de estas dosis concentradas, pues el Protargol conserva pleno su poder bactericida, en una mezcla de un medio de cultura en la proporción de 1 por 10 de la solución de dicha sal al 1 por 200, y desde entonces la mayoría opta por las soluciones débiles, capaces de matar al gonococus que aún está en las capas superficiales de la mucosa, sin irritar a ésta.

El Argirol, salvo el inconveniente de las manchas negras reveladoras de su uso, es una sal buena y no irritante; generalmente la solución es de 4 o|o, aunque Heitz-Boyer re-

comienda guardar en la uretra una solución de 20 o|o durante 5 minutos.

La escuela francesa da su preferencia al Permanganato de potasio por dos razones: 1.º Porque convenientemente usado es inofensivo, y no expone a los enfermos a los inconvenientes de los otros medicamentos. 2.º Por su acción especial. Hoy día está bien probada esta acción electiva sobre el gonococus, y que no se debe a su poder antiséptico sólo, pues siendo la dosis generalmente empleada de 1 por 8,000 a 1 por 4,000, su acción bactericida es muy pequeña al 1 por 1,000; es tal vez por su acción especial sobre la mucosa uretral a que se deben sus bondades, y probablemente a su acción constrictiva, produciendo una especie de arrugamiento de la mucosa sobre sí misma, la que traería aparejada el efecto de hacer vaciar las glándulas y lagunas de Morgagni de sus nidos de gonococus, exponiendo a éstos a la acción del medicamento.

Otro medicamento muy usado y que se ha abandonado un poco a causa de su acción irritante y peligro de absorción de las mucosas, es el Bicloruro de mercurio, ya sea en forma de papel Balme, que contiene 0.50 centigramos, fácil de llevar y disolver en irrigador de uno a dos litros, ya en forma de pastillas dosadas igualmente, para preparar las soluciones de uso externo al 1|2 o 1|4 por 1,000 o para inyecciones al 1 por 10,000 o 20,000. Pero su acción poderosa requiere una gran prudencia en su empleo, lo que obliga a emplear soluciones muy débiles, ha hecho restringir su uso interno, máxime después de las experiencias de Welander, quien ha probado que las soluciones al 1 por 10,000 no matan al gonococus en 5 minutos; con todo, para la mujer, los doctores Pozzi y Verchere aconsejan, como preventivas, las irrigaciones vaginales al 1 por 2,000 y al 1 por 4,000, sosteniendo que la vitalidad del gonococus depende de su posición en la mucosa, débil si es superficial, pero si es profunda, la acción del medicamento no sólo sería nula, sino favorable, pues los fenómenos congestivos y secretorios consecutivos a la irritación terapéutica, serían un buen medio de cultura para el gonococus, como lo es el suero de la sangre humana.

El doctor Grosse ha propuesto el empleo del oxi-cianuro de mercurio al 1 por 1,000 y ha hecho construir un pequeño estuche que contiene dos tubos largos de 3 centímetros, y que contienen uno la solución y el otro vaselina y lanolina esterilizada; el aparato conócese bajo el nombre de "Selbstschutz".

Henry emplea el calomel en vaselina líquida y lanolina. y manifiesta que sobre 529 marineros expuestos al contagio usando su preparación, 4 solamente adquirieron la infección.

El "Sanitulo", del doctor Bachmam, de New-Port, es un pequeño tubo con una pequeña sonda de cauchout de 4 centímetros de longitud que permite introducir en la uretra una mezcla constituída por calomel, fenol, tricresol, alcanfor y lanolina.

Sería fatigar la atención del Honorable Congreso continuar enumerando todos los procedimientos propuestos; todos, ciertamente, disminuyen los peligros de la infección, pero todos juntos no pueden de una manera absoluta garantir al individuo contra ella ¿y por qué? porque es necesario primero luchar contra la ignorancia del peligro, contra la ignorancia de la enfermedad, que todos creen sin importancia, y que, sin embargo, es terrible por sus consecuencias, y por la pertinaz rebeldía para su curación. Ignorancia y exceso de confianza, he ahí lo que urge combatir.

Ignorancia: generalmente el recién atacado no sabe en qué consiste su enfermedad, ni lo que debe hacer para destruirla; nada imagina de epididimitis, ni prostatitis, nada ha oído de estrecheces, ni remotamente podría sospechar que su enfermedad pudiera arrastrarlo a complicaciones serias cardiovasculares, peritoníticas o meníngeas, e ignorando todo, y creyendo como todo el mundo en cosas baladíes, no recurre al médico sino al farmacéutico o al amigo, en demanda de un remedio o infalible específico cuyo reclame encuentra en cualquier diario.

Exceso de confianza: es otro de los factores de propagación; inmensa es la cantidad de hombres que a pesar de haber oído hablar de los peligros venéreos, se niegan a tomar precauciones por creerlas innecesarias, alegando, por ejemplo, que la mujer está sana como lo prueba su libreta, o que la mujer está sana porque se trata de una mujer casada, por ejemplo, la del amigo, y que éste está sano, y así este exceso de confianza de estos sujetos que se creen saber todo y que en realidad no saben nada, es el que hay que destruir; hay que enseñarles que, tanto en el hombre como en la mujer, la enfermedad después de pasar cierto período y de sufrir la consecuencia de tratamientos más o menos racionales, entra en la mayoría de las veces, en otro período que llámase latente, y durante el cual están atenuadas sus manifestaciones, que los enfermos a pesar de

creerse ya curados, siguen siendo contagiosos. Este engaño, en la mujer es más fácil, porque debido a la conformación especial de su aparato genital, no puede con la facilidad que lo hace el hombre, verificar el estado de su curación. Para ellas nada más fácil de confundir la débil reliquia de su corrimiento blenorrágico, con las banales pérdidas blancas de las que pocas están exentas; nada les molesta ya, y, sin embargo, su uretra contiene gonococus, porque allí generalmente nada se hace para destruirlos; su cavidad cervical, sus glándulas vulvo-vaginales los contienen también. Y allí están a la espera de que se les llame; basta una irritación cualquiera, un exceso de fatiga, un espasmo venéreo, para que una secreción más o menos abundante de todas las glándulas se produzca, y en su salida arrastren los gonococus de sus fondos de saco para depositarlos en el conducto vaginal, donde tranquilamente se pasea el pene para recibirlos. Estas secreciones espasmódicas infectadas, explicarían el caso de que una mujer no infecte al marido y sí al amante. La mujer se entregaría al marido por obligación, de una manera indiferente, sin dejarse provocar el espasmo, que crea las secreciones, mientras que la sensación voluptuosa que experimenta con el hombre de su agrado, lejos de ser indiferente, provoca en ella gran secreción de todas sus glándulas, secreción infectada y que regala al amante; de ahí el marido libre, el querido no.

Otro factor que favorece la contagiosidad es la congestión que precede o sigue a las menstruaciones.

En cambio, un factor desfavorable es la acción de la orina: es basándose en esta acción de acidificación del medio uretral por un lado y la acción de arrastre por otro, que se ha aconsejado el orinar después del coito sospechoso. Finger hacía notar que una condición favorable para la fijación y multiplicación del gonococus la constituía la alcalinidad ligera del medio.

Normalmente, la mucosa uretral, mojada por la pequeña cantidad de orina que queda después de cada micción, presenta un medio ácido: este medio ácido, como es perjudicial también a los espermatozoides, viene a ser anulado por el producto de la secreción de infinidad de glándulas especiales, que en el momento de la erección entran en juego, vertiendo en la uretra ese líquido claro, viscoso, alcalino, que si en bien de los espermatozoides neutraliza la acidez uretral, obra también alcalinizando el medio de la manera más favorable al gonococus. De esto se desprende, que todas las

circunstancias que hacen aumentar esta secreción alcalina, como los coitos prolongados, favorecen notablemente la infección.

En cuanto a los efectos del arrastre por la orina de los gérmenes que hayan penetrado en la uretra, la mayoría de los autores la aconsejan con convicción, siempre que se trate por una serie de oclusiones sucesivas, de distender las paredes uretrales, a fin de que la orina, en su pasaje, limpie mejor. Sin embargo, este lavaje que constituye la inyección del Zuavo, no da la garantía de que todos los gonococus sean arrastrados, y lo prueban las múltiples observaciones de infección producidas, pero, a pesar de esto, es una precaución razonable y de fácil ejecución.

Lo mismo sucede en el hombre con la gonococia latente. Ha desaparecido todo corrimiento, ha desaparecido su gota militar, nada observa ya en su uretra, y, sin embargo, a pesar de todas estas apariencias de curación completa, puede ser contagioso; sus orinas presentan filamentos, y estos filamentos con gonococus arrastrados por el esperma, conducen la infección; otras veces la secreción uretral no contiene gonococus de mucho tiempo atrás, contiene, empero, cierto número de cocus, que pasados a un medio favorable como el medio vaginal, producen la verdadera blenorragia, con sus verdaderos gonococus.

Hoy está bien demostrado que 7 veces sobre 10, las bartholinitis, las cistitis, las metritis y salpingitis de las mujeres casadas, son consecutivas a la gota militar del marido; es la blenorragia de los inocentes de Verchere, blenorragia mantenida por el ciclo patológico siguiente; o bien, ante la persistencia o agravación de su corrimiento, el marido se pone a tratamiento, y una vez curado vuelve alegre al contacto sexual con su mujer y se reinfecta; o bien es la mujer que sufriendo después de su casamiento de una cistitis o metritis acentuada, va al ginecólogo para hacerse curar y una vez curada, se reinfecta de nuevo al primer contacto del marido, y así se eternizan las lesiones de uno y otro. Noggerath ha sostenido que en Nueva York, sobre 1,000 hombres casados, 800 habían contraído la blenorragia y que 90 sobre 100 no estaban curados, la tenían latente, y, por lo tanto, 90 sobre 100 de sus mujeres estaban infectadas.

Otras veces, estas blenorragias quedan ignoradas, faltas de tratamiento, y estas mujeres honestas infectadas, se convierten en propagadoras de la enfermedad transmitiéndola

a sus hijos al nacer, en las temibles oftalmias purulentas unas veces, otras en las vulvo-vaginitis por el contacto de manos, ropas, esponjas de toilette, infectadas por sus padres.

Expuesto lo que antecede, concluiremos con las palabras del doctor Jullien: "Es menester que esta propagación de la gonococia cese, y para ello es necesario que nosotros los médicos hagamos una cruzada contra este enemigo latente, no menos terrible que la sífilis".

Como lo ha proclamado Noggorath, "confesemos que no ilustramos lo bastante a las jóvenes gentes, obreros como mundanos, sobre las consecuencias últimas de esta enfermedad; hagámoles ver el porvenir conyugal envenenado, la posteridad comprometida, enseñémosles los medios de reconocer y defenderse del mal, alejémosles en ese estado del casamiento, por honestidad, por deber y por propio interés, y así haremos verdadera profilaxis social".

Conclusiones

1.° Solicitar del Cuerpo Legislativo que sancione la ley por la que se otorga al Honorable Consejo de Higiene acción ejecutiva para que, en bien de la salud pública, pueda velar y hacer cumplir sus ordenanzas; sin este poder para los infractores continuará siendo un lírico Consejo Asesor; lo prueba el incremento de la prostitución clandestina, el ejercicio ilegal de la medicina por la mayoría de los farmacéuticos en esta enfermedad, y la venta de medicamentos que llena las vidrieras, y sus anuncios en las páginas de los diarios con el sugestivo título de cura infalible en 24 horas de cualquier enfermedad secreta!...

2.° Persecución por todos los medios posibles de la prostitución clandestina, verdadero foco de propagación de la infección.

3.° Formación de un Hospital especial para venéreos, a fin de obviar los inconvenientes que presentan los locales actuales, y donde pueda educarse, esperando su curación, toda esta gente de vida estrafalaria.

4.° Educación del pueblo en todas sus esferas sociales, educación de profilaxis, que podría efectuarse: a) Por intermedio de cada médico en su clientela particular. b) Por la Sanidad Militar, en el Ejército y la Armada. c) En las capitales de los departamentos, por los médicos delegados del Consejo de Higiene. d) En el resto de la población donde

quiera que haya focos de obreros, la educación podría ejercerla una Comisión, que podría ser muy bien la encargada de la profilaxis sifilítica, bajo la nueva denominación de Comisión de Profilaxis Venérea.

5.° Nombramientos de médicos especialistas, a cuyo conocimiento y tacto quedaría la inspección de control, de las medidas adoptadas por la Comisión, y el desarrollo de conferencias públicas, tanto en la Capital como en el interior, a fin de, una vez por todas, hacer comprender al público las funestas consecuencias de esta plaga social.

Anafilaxis cutánea

Síntesis de su concepto y patogenia actual

POR EL DOCTÒR OCTAVIO V. LÓPEZ (Montevideo)

Ex Médico del Servicio de la Clínica Dermatológica del Profesor Aberastury (Buenos Aires

El asma y la urticaria

Los enfermos *predispuestos al asma* son sujetos afectados de *insuficiencias pluriglandulares en su sistema endócrino:* los *hiposfíxicos* de *Martinet* (hiperviscosidad y débil presión diferencial), catalogado en *los vagotónicos* de *Eppinger,* que sufren URTICARIA, DERMOGRAFISMO y PIGMENTACIONES CUTÁNEAS.

Los procesos de anafilaxis, esa sensibilidad especial del organismo a reaccionar a determinados agentes físicos, químicos o biológicos, son estudiados en todas sus fases y en su patogenia íntima por múltiples observadores en estos últimos años. La clínica y el laboratorio prosiguen sus investigaciones en las enfermedades de nutrición retardada, incluídas en la diátesis artrítica o artritismo (gota, diabetes, asma esencial, etc.); y las nuevas revelaciones iluminan el campo de la Dermatología, a la cual esas enfermedades están ligadas en su etiología y patogenia.

Son las reacciones biológicas de la anafilaxis las que han iluminado los puntos obscuros de la teoría humoral o hipocrática; la que ha transformado el concepto ambiguo del artritismo, en sus fases diversas y sucesivas de interpretación, en la concepción científica de las modificaciones humo-

rales bien definidas y estudiadas, en sus reacciones íntimas, en el laboratorio y en la clínica; y la que ha establecido las bases esenciales de la verdadera profilaxis y terapéutica de estas enfermedades.

Su estudio es, pues, interesantísimo. A medida que se avanza en él, nuevas verdades confirman hipótesis anteriores y establecen jalones de nuevas observaciones.

Una de las más importantes enfermedades de ese grupo, el asma esencial, cuyas conexiones con determinadas lesiones de la piel son tan íntimas que justicieramente Trousseau la llamaba la urticaria de los bronquios, y que está ligada a los eczemas generalizadas por los fenómenos supletorios o de suplencias, tan bien estudiados en estos últimos años que se conoce su patogenia íntima, y cuyo origen anafiláctico fué ya establecido el año 1910 por Billard y otros investigadores, apoyándose en la clínica, etiología, patogenia y terapéutica, ha sido modificada completamente en su patogenia íntima en estos últimos años.

En el año 1914, la escuela de Widal, cuyos estudios tan bien documentados sobre anafilaxis se continúan tan brillantemente en la actualidad, creando el sindroma de la crisis hemoclásica inicial, derivado de la observación clínica confirmada por el laboratorio y la experimentación en el hombre, amplió la nueva teoría y dió nuevas orientaciones y fecundas proyecciones a la clínica.

André Lévy, en sus interesantes estudios sobre el asma esencial y anafilaxis, clasifica la observación experimental sobre la cual la escuela de Widal apoyó su nueva teoría humoral, de la importancia y precisión técnica de una experiencia de laboratorio.

La observación clásica, como recordamos, fué la siguiente: El sujeto de la experimentación fué un pastor, que dedicado al cuidado de un rebaño de ovejas, desde la edad de catorce años, fué atacado de accesos de asma típica esencial a los 47 años de edad, accesos que sólo se producían, aunque en toda estación del año, cuando el pastor estaba en contacto con su rebaño.

En este enfermo, fueron experimentalmente provocadas las crisis de asma, en toda su intensidad y duración, colocándolo en una atmósfera que tuviera las emanaciones de su rebaño.

Pues bien: cada una de las crisis de asma fué precedida de una verdadera crisis hemática, análoga a la que los mis-

mos observadores habían descubierto el año 1910, en otras reacciones anafilácticas bien definidas y estudiadas (hemoglobinuria paroxística y urticaria) y consistente en una disminución rápida de los glóbulos blancos, una caída intensa de la presión arterial, un aumento de la coagulabilidad sanguínea y una disminución del índice refractométrico del suero.

La crisis de asma es, pues, equivalente a una crisis de urticaria, y las dos resumen, como lo atestigua Lévy, la sintomatología completa de un proceso anafiláctico. De allí derivan y se explican los fenómenos de suplencia tan característicos de estas dos afecciones, que fueron objeto también de una monografía especial de nuestro malogrado amigo el doctor Lemos, recordado siempre en sus conferencias de la cátedra, por nuestro profesor, el doctor Aberastury. Y el profesor Baliña, en publicaciones del año 1917, en los Anales de Dermatología, presentó las historias clínicas de enfermos de urticaria, rebeldes a los tratamientos habituales y que habían obedecido en forma rápida y perfecta a la nueva medicación de anafilaxis. El proceso es, pues, idéntico en las dos afecciones.

En ambos, fenómenos de congestión y edema (tumefacción y enrojecimiento de la mucosa brónquica, eosinofilia, en el asma; congestión local con exudación serosa, análoga a la exudación inflamatoria, en la urticaria) y en ambos, los desórdenes sanguíneos, la crisis vascular y hemática, faz constante de todos los procesos anafilácticos, como lo atestigua Lévy, cualquiera que sea la naturaleza de la sustancia anafilactizante, su modo de introducción en el organismo y las reacciones cutáneas, respiratorias, nerviosas, que le son subordinadas.

¿Cuáles son las sustancias anafilixantes del asma, es decir, las sustancias que sensibilizan a los asmáticos y tienen la propiedad de engendrar el ataque de asma?

¿Cuáles son las sustancias que engendran el ataque de urticaria?

Antes de iniciarnos en la investigación de las causas esenciales y predisponentes de estos dos procesos, debemos acentuar y precisar el concepto actual del fenómeno íntimo del proceso anafiláctico, con las modificaciones que los experimentos de estos últimos años han aportado, para explicarnos su mecanismo de acción, y, por tanto, las causas etiológicas y patogénicas de los procesos que le son subordinados.

¿Es la bacilotuberculosis larvada la que engendra el ataque del asma esencial, como lo afirmaba Landouzy, la que provocando el ataque anafiláctico por una descarga de tuberculina de un foco larvado en actividad, produciría el ataque del asma como el eritema nudoso o contusiforme?

¿Es la anafilaxis un proceso debido a la producción en el organismo de una combinación química, de la toxigenina de Richet, derivada de las albúminas de los tejidos, es decir, una albúmina preparante o sensibilatriz, un verdadero anticuerpo y una albúmina heterógena, comprendidas las proteínas bacterianas, que serían las albúminas fijadoras, verdaderos antígenos, que harían estallar el choque anafiláctico por la formación de un veneno activo del sistema nervioso, la apotoxina de Richet?

¿O es, según la teoría actual, el fenómeno producido por el desequilibrio físico de las sustancias coloidales de la sangre o de los tejidos, bajo la influencia de la penetración en los mismos de sustancias coloidales de especificidad física diferente, o en otros términos y resumiendo, es la coloideoclasia, como lo atestigua Widal, el fenómeno esencialmente físico que constituye el choque anafiláctico, y es la hemoclasia su manifestación físico-química visible y exteriorizante?

Tales son las premisas que trataremos de bosquejar en los apuntes ulteriores.

¿Cuáles son las sustancias anafilactizantes? ¿Son las *sustancias proteicas* a las que está reservado este rol, o son las *sustancias grasas y lipoideas,* las que ejercen una acción preponderante? Los estudios interesantes de *Billard* confirman y completan estas nuevas investigaciones.

Son las sustancias lipoideas, según este autor, las que presiden el equilibrio coloidal de los tejidos; y es el equilibrio entre sustancias que guardan entre sí antagonismos, tales la lecitina y la colesterina, el estado normal del organismo. Para llegar a la finalidad de estas investigaciones, que abren una nueva vía experimental a la medicación, se ha basado en las experiencias de laboratorio de la fisiología experimental; en las reacciones de la química biológica natural y en las experiencias ilustrativas de la proteogénesis, de diversos autores y observadores.

Los estudios interesantísimos de Erb sobre fecundación, asimilando su proceso a un fenómeno físico-químico coloidal, ilustran y aclaran el proceso obscuro de la fecundación fisiológica, y es la intervención manifiesta de las sustancias lipoi-

deas y grasas, según Billard, la que traducen, en su generalización, los procesos íntimos de la vida celular y explican el choque anafiláctico de la teoría de Widal.

Este autor ha llegado, pues, a precisar, en su esencia íntima, la fisiología patológica del proceso anafiláctico; y lo que la clínica había observado, lo que la fisiología había traducido al estudio de los grandes procesos orgánicos: las sustancias grasas presidiendo las leyes fundamentales de la nutrición. Hay, pues, una variedad de *antígenos* que obran sin determinación específica en el *choque anafiláctico;* y son, desde las *soluciones electrolíticas,* que actúan, según Leeb, por los *iones de descarga negativa* de sus sales minerales; hasta los *colorantes básicos* y *sales,* llamados por Lambring *colorantes vitales.*

Su número se ensancha a medida que se avanza en el estudio del fenómeno coloidal. Ya en la *Presse Médicale* del 3 de abril de 1920, el profesor Widal, citado por Billard, escribía: "Nosotros hemos hecho ver que aún en las primeras inyecciones, ciertas sustancias *cristaloideas,* introducidas en las venas, como el *arsenobenzol,* el *cloruro de sodio* y el *carbonato de sodio* a isotonía, pueden producir choques idénticos y similares a los choques proteicos y coloidales".

La predisposición a este estado de hipersensibilidad, estaría, pues, subordinada a una instabilidad en el equilibrio de las sustancias mencionadas en la sangre y los tejidos; y el grupo de enfermedades que acusan una tara orgánica de tal naturaleza, hereditaria o adquirida, transitoria o permanente, según actúen los factores que intervienen en su producción, sale del dominio de las *enfermedades de* nutrición retardada, las primeras incluídas en la nueva patogenia, y abarca procesos específicos, de causas bien determinadas y exclusivas.

Es basándose mismo en el principio de la no *especificidad* de los antígenos, que *Danysz* atribuye *el proceso anafiláctico* a una predisposición particular, subordinada a un estado de *debilitamiento* del tubo intestinal.

Según este autor, *las proteínas* son de origen intestinal, y constituídas por las *proteínas microbianas* y las *toxinas* de su flora (*bacilos coli, proteus, pneumococus, enterococus,* catarrales, etc.); y las albúminas, al estado coloidal, por elaboración incompleta de los *ácidos solubles* aminados, principalmente de ciertos alimentos: *leche, huevos, pescados,* etc.

En su concepción general, la *mayor parte de las enferme-*

dades crónicas, no contagiosas, es decir, *no específicas, obedecen a esa patogenia; y son estas proteínas, absorbidas* a favor de una meiopragia intestinal, las que actúan como *albúminas extrañas*, y producen el choque anafiláctico.

El es, pues, el creador de la Bacterioterapia anafiláctica y ha designado su *vacuna preventiva y curativa* con el nombre de *entero-antígeno-terapia*.

De igual manera:

En la litiasis biliar, enfermedad encuadrada en la diátesis artrítica, *Chauffard*, en una amplia concepción, basada en la observación clínica, creó una nueva patogenia de la enfermedad; y si bien las alteraciones de equilibrio de las sustancias lipoideas, que en el caso particular de la litiasis le está reservada, en función de especificidad a una sustancia determinada, ha sido observada en su rol de exclusividad por la teoría infecciosa y antitóxica, no es menos cierta y real, la acción preponderante de la colesterina en el síndroma mórbido de esta enfermedad.

Y aún en ciertas enfermedades agudas, trabajos del mismo autor, tienden a demostrar que la predisposición a estados temporarios o accidentales de anafilaxis, pueden estar subordinados a función de *colesterinemia*, por actividades y funcionamientos supletorios de órganos de secreciones internas.

CONCLUSIONES

Actualmente es el renacimiento de *las teorías humorales*, en la patogenia de las enfermedades de *nutrición retardada*, incluídas en el grupo del NEURO-ARTRITISMO.

A la noción antigua de DIÁTESIS ARTRÍTICA, ha sucedido la noción de *diátesis de anafilaxis* o *más propiamente de diátesis coloidoclásica*. Esta nueva noción del temperamento mórbido ha sido confirmada, por *innumerables reacciones experimentales y controlada por las reacciones biométricas de la clínica. El sero-diagnóstico y la sero-terapia han confirmado su patogenia íntima.*

Según Richet, la individualidad propia a cada uno de nosotros, sería el resultado de una serie de sensibilizaciones, despertadas en el curso de la vida, por infecciones e intoxicaciones autógenas y exógenas, a merced de una meiopragia adquirida o hereditaria del tubo digestivo y de las glándulas endocrínicas.

Son estos estímulos mórbidos los que, actuando sobre el plasma de nuestros tejidos y las células del organismo, incluídas las células germinativas, sensibilizándolas, crearían el temperamento mórbido.

Son, pues, las infracciones al régimen normal del organismo, en su estructura fisiológica, asociada a la herencia mórbida (estímulos adquiridos y estímulos hereditarios), los que revelan que una sustancia completamente indiferente a un organismo dado actúa sensibilizando a otro organismo.

A la sensibilidad adquirida debe sumarse la sensibilidad heredada.

Según Lévy, esta alteración físico-químico humoral sería el origen de los trastornos en el metabolismo de los tejidos, y se unirían, en esa forma, a un mismo proceso diatésico, las afecciones adquiridas o hereditarias.

A las lesiones catalogadas por NEUROSIS SINE MATERIA, deben asociarse los *trastornos humorales*, revelados por el estudio *fisio-patológico;* y estos estudios revelan, según Castaigne, que *los esquemas clásicos de ciertas enfermedades obedeciendo a una especificidad clínica y etiológica determinada, deben ser modificados* (*asma esencial, epilepsia idiopática, etc.*).

En el cuadro de las afecciones anafilácticas, están perfectamente incluídos actualmente, EL ASMA, LA URTICARIA Y LA JAQUECA.

Las nuevas doctrinas humorales tratan de incorporar, y esa es la más moderna orientación, los sindromas agudos de las *demás enfermedades artríticas, la* poussée *de eczema, el herpes, ciertas dermatosis pruriginosas, a igual título que el acceso de gota, el coma diábetico, las crisis comiciales, la hemofilia, la hemoglobinuria paroxística, etc.*

A la antigua noción *de neurosis,* término ambiguo, ha sucedido la noción precisa, fundada en reacciones *fisio-patológicas,* de *estado o constitución vagotónica,* estado que predispone a la *anafilaxis;* y la localización a la piel o a las meníngeas (jaqueca, epilepsia o urticaria), obedece a causas determinantes aún desconocidas, pero como lo establece Hecker, que ha estudiado tan profundamente estas cuestiones, la *medicación suprarrenal, más de los extractos de la totalidad de la glándula, que de su hormona específica, la adrenalina, actúa específicamente sobre todas las manifestaciones anafilácticas,* y MÁS PARTICULARMENTE, SOBRE EL ASMA Y LA URTICARIA.

La antigua opinión de Trousseau, que consideraba el asma, la urticaria de los bronquios, por la coincidencia y fenómenos supletorios de estos dos sindromas, ha sido confirmada por las nuevas observaciones y adelantos de la técnica.

Los exámenes broncoscópicos han permitido ver, en los asmáticos, en pleno período de crisis, placas de urticaria, de dimensiones variables, localizadas a la tráquea y a los bronquios y que obedecen a la medicación local de adrenalina.

La atropina, la cocaína y la adrenalina, sustancias anti-anafilácticas por excelencia, y que fueron empleadas empíricamente, en *pulverizaciones nasales y bronquiales en el asma,* revelan también la excitación del gran simpático en el asma y la urticaria, *pues los trastornos vasomotores de la placa de urticaria, con congestión intensa, cutánea* o *mucosa,* y *secreción glandular,* es *función de este sistema.*

Están, pues, *según Hecker, en los dos sindromas anafilácticos — asma y urticaria — asociados los fenómenos vagotónicos a los fenómenos simpáticotónicos,* predominando el uno o el otro en la disparidad del sindroma.

El *choque anafiláctico* no es despertado por un *antígeno específico,* según *Danysz.*

El organismo reacciona a diversos *antígenos* por una *dermatosis, un ataque de asma* o *perturbaciones gastro-intestinales;* y las PROTEINAS, causas de diversas enfermedades crónicas, son de *origen intestinal* (proteínas microbianas y toxínicas, albúminas mal digeridas y al estado coloidal, etc.).

Estas *proteínas,* absorbidas en la sangre, a favor de una meiopragia intestinal, actuarían como albúminas extrañas, provocando el *choque anafiláctico.*

De allí deriva su *método* de *antígeno-entero-terapia,* a base de *cuerpos microbianos hetero y poliv lentes, autógenos o heterógenos, derivados de la* FLORA INTESTINAL.

El asma no puede ser considerada sino como un *sindroma disneico paroxístico* desprovisto de toda especificidad (*neuro-artritismo, nasal, cardio-arterio-renal, gastro-hepato-intestinal, toxi-infeccioso, etc.—(H. Martinet).*

¿Es la anafilaxis función de *bacilo-tuberculosis larvada* o *frustra,* como lo establece *Landouzy,* que ve en la crisis de asma *reacciones toxibacilares de focos larvados en actividad;* y son las TOXI-BACILEMIAS TEMPORARIAS, las que engendran el *sindroma,* como son las *embolias microbianas,* las productoras de las *flebitis de la piel,* en los *eritemas nudosos e infecciosos?*

Trousseau, en sus lecciones clínicas, ha demostrado las

mutaciones de las *afecciones herpéticas, gotosas o hemorroidales, en asma y viceversa,* y *Billard* en 1910, investigando la urticaria en las diátesis, la encuentra y la provoca con la *antipirina;* provoca también la *urticaria* de origen digestivo y la de las vías respiratorias; y resumiendo sus investigaciones, expresa: "Que la familia de los neuroartríticos y en particular los asmáticos y los predispuestos al asma del heno, son *gentes anafilactizadas* de una manera por los emuntorios naturales o de transformarla *in situ* en el medio interior y establece un cuadro de las *localizaciones* al nivel de los emuntorios (piel, pulmones, riñón, intestinos), de las grandes y pequeñas manifestaciones anafilácticas de las diátesis, señalando notablemente la *jaqueca,* las *débâcles* intestinales. etc.".

Contribución al estudio de la acción del sulfarsenol en la sífilis

POR EL DR. MÁXIMO HALTY (Montevideo)

Médico del Sifilicomio Nacional
Médico del Instituto Profiláctico de la Sífilis

Los exámenes serológicos a que hace referencia este trabajo han sido hechos por el doctor Alberto Scaltritti, cuya competencia es demasiado notoria, para tener que hacer su elogio y a quien agradezco vivamente su eficaz colaboración.

La medicación arsenical tenía como características la introducción brusca de altas dosis de medicamento en el torrente circulatorio. De aquí dos consecuencias, una de orden químico, la transformación del líquido sanguíneo en una solución arsenical, y otra físico-química, la alteración posible del equilibrio coloidal y de la carga eléctrica del medio circulante.

La primera puede traer como resultado la perturbación del funcionamiento celular por intoxicación. La segunda, fenómenos inquietantes, de patogenia oscura, cuya gravedad impone la suspensión del tratamiento.

A estas causas de contraindicación de la vía intravenosa por intolerancia y por intoxicación, se agregan otras de otro orden que impiden la utilización de esa vía: la edad, en niños indóciles, la falta de habilidad manual, etc.

Pero aunque el porcentaje de enfermos comprendidos en estas diferentes categorías no es muy considerable, ello no es suficiente para privarlos de los beneficios de la medicación arsenical y sobre todo a su "entourage", pues conocemos todos la enorme importancia que, por su rapidez de acción sobre los accidentes erosivos, tienen los arsenicales como medicamento de profilaxis social.

En este sentido, la aparición del sulfarsenol por sus características de medicación subcutánea o intramuscular, por su tolerancia y por su eficacia, vino a llenar un vacío, haciendo posible en todos los casos el tratamiento por arsenicales a cuyas ventajas hemos hecho referencia.

Su acción ha sido estudiada, sobre todo, por autores franceses, quienes, sin excepción, hacen resaltar la tolerancia y la eficacia del tratamiento.

Este estudio es, pues, sobre todo, un trabajo de control, a fin de comprobar los méritos atribuídos.

Como este estudio ha sido hecho en el Pabellón Germán Segura, local de reclusión obligatoria de prostitutas, durante el período contagioso de los males venéreos, los tratamientos han debido ser incompletos en casi todos los casos, pues el alta venía a interrumpirlos y sólo una que otra ha venido a continuarlos en la policlínica.

Pero, aún así, él llena su misión para comprobar el valor del medicamento en sus dos aspectos de tolerancia y acción cicatrizante sobre los accidentes contagiosos, únicos puntos, por otra parte, sobre los cuales se puede llegar a conclusión, ya que su valor absoluto en el tratamiento de los sifilíticos no puede establecerse sino por años de observación.

Hemos hecho, pues, selección de los casos tratados, eligiendo aquellos que por sus lesiones visibles permitieran seguir la influencia del tratamiento por las modificaciones favorables que experimentaran. Todas las inyecciones han sido intramusculares y subcutáneas.

La limitación se ha producido también a casos primarios o secundarios para poder apreciar mejor el poder curativo, ya que, en tesis general, la curabilidad de la sífilis es tanto más grande cuanto menor es la edad específica.

Presentamos 3 casos de chancros con treponema positivo. Uno de ellos con R. W. H^8, al iniciarse el tratamiento, reacción que en su curso se hizo H^0, para bajar nuevamente a H^8. La interrupción provocó la aparición de sifílides erosivas bucales que pequeñas dosis hicieron desaparecer

muy rápidamente. La sangre se hizo otra vez H°, a la aparición de dichos accidentes.

Los otros dos casos tenían ya su Wassermann positivo al presentarse al examen. Uno de ellos con tratamiento manifiestamente insuficiente, se fué de alta conservando la positividad y el otro fué felizmente influenciado en todo sentido y la sangre es actualmente negativa. Continúa en tratamiento. Hagamos notar el considerable tamaño de la adenopatía tributaria en este caso, habitual, por lo demás, en esta región, y la notable influencia del medicamento que en pocos días la hizo desaparecer.

Los casos de sífilis secundaria se presentaron con sintomatología variada, como puede verse en las observaciones. El efecto medicamentoso ha sido brillante en las sifílides erosivas, ya que en algunos casos, con sólo 0.06 ctgrs. de sulfarsenol intramuscular, las placas han desaparecido en 48 horas.

La roseola ha desaparecido también rápidamente.

Las sifílides papulosas y las sifílides acneiformes han demorado algo más, lo que es lógico, pues, aun supuesta la supresión radical del elemento productor, la regresión de estos accidentes tiene que ser más lenta, dada su constitución anatomo-patológica.

Las sifílides pápulo-hipertrófico-erosivas confluentes, han obedecido rápidamente en lo que se refiere a su erosividad, demorando más el elemento tumoral por la misma razón antedicha.

Hagamos notar que no se ha hecho ningún tratamiento local y que la regresión obedece exclusivamente a la acción del tratamiento general. El plazo de curación es corto, lo que implica la actividad del medicamento.

La reacción ganglionar ha sido influenciada bastante intensa y rápidamente en el sentido de la resolución, otro elemento que nos permite apreciar la actividad de la medicación.

En una sola de las enfermas ha sido posible practicar una segunda punción lumbar, después de unas cuantas inyecciones, y la pequeña linfocitosis, frecuente en el período secundario, ha obedecido al tratamiento como los demás elementos del sindroma.

El Wassermann en la sangre ha sido el más irreductible de los síntomas, como lo es siempre, y no hemos llegado a

la negatividad, seguramente por insuficiencia de tratamiento.

Queremos hacer resaltar, antes de poner término a estas líneas, la extraordinaria acción del sulfarsenol sobre los elementos erosivos, no sólo por la rapidez con que obra, sino también por las pequeñas dosis utilizadas. Son fenómenos que ya no estábamos habituados a constatar con el neo.

Todos hemos podido notar, ahora, el carácter rebelde de algunos de estos accidentes al neo-salvarsán y mismo su aparición en el curso de un tratamiento regularmente seguido. Contrasta, pues, esto, con la eficacia comprobada del sulfarsenol. ¿Implican estos hechos la superioridad del valor intrínseco del sulfarsenol sobre el neo?

No creemos que sea posible asegurarlo, y preferimos encontrar la explicación en datos de patología general que nos enseñan el aumento de resistencia de los microorganismos en generaciones sucesivas a la acción prolongada de un mismo tóxico.

En nuestro país, hace ya muchos años que se emplea el neosalvarsán con toda difusión y en tratamientos muy prolongados. Es posible, pues, haber creado resistencias específicas para él, que se anulan con cambios moleculares en los compuestos arsenicales.

La absorción del medicamento parece ser muy rápida clínicamente, ya que muchas de nuestras enfermas acusaban sensaciones olfativas a los pocos instantes de la inyección intramuscular.

La inyección de sulfarsenol puede producir fenómenos de Herxheimer, como los que se anotan en la observación V, en la que se ve la congestión experimentada por las sifílides pápulo-escamosas.

Las inyecciones son mejor toleradas en el tejido muscular, aunque algo dolorosas, formando a veces núcleos cuando se inyectan subcutáneamente.

Puede producir fiebre, como lo demuestra la misma observación V, en la cual se nota que a las pocas horas de la inyección se producía un chucho y la fiebre ascendía a 39º.

No ha habido caso en que haya debido suspenderse el tratamiento, aunque reconocemos que los períodos han sido cortos.

Conclusiones

El sulfarsenol tiene una evidente acción sobre los accidentes específicos.

El tratamiento intramuscular es perfectamente tolerado y aplicable, por lo tanto, en todos los casos en que razones médicas o sociales impidan la medicación intravenosa.

HISTORIAS CLINICAS

R. S. Historia 914. Enferma vista el 22 de enero de 1921, presentando una monoadenitis inguinal bilateral muy discreta y reacción de Wassermann H8.

Reingresa el 4 de agosto con un chancro del meato, con gran base dura, de forma regular, fondo rojo liso, sin bordes. La lesión data de un mes y medio. Poliad. inguinal bilateral marcada. RW. H8.

Treponema a la tinta china, positivo.

P. L.: Nonne, neg.; G. bl., 0.8; RW., H8.

5 agosto 0.12 sulfarsenol, 9 ag. 0.18, 15 ag. 0.24, 17 ag. RW. H0, 19 ag. 0.30. El chancro casi desaparecido; su base ha disminuído mucho. 23 ag. 0.36, 24 ag. RW H0. Chancro totalmente curado. 27 ag. 0.42. Alta.

C. M. L. Historia 1060. 20 mayo. Exulceración cara interna pequeño labio izquierdo, fondo liso, rojo jamón, base ligeramente indurada. Trepo a la tinta china, positivo.

21 mayo RW. H8, 24 mayo RW. H7.

P. L., 24 mayo: Nonne, neg.; G. bl., 08; RW. H8.

24 mayo 0.12 sulfarsenol, 26 mayo 0.18, 30 mayo RW H7, 30 mayo 0.24, 3 junio 0.30, lesión curada. 4 jun. RW. H0, 7 jun. 0.36, 14 jun. 0.42, 16 jun. RW H8, 20 jun. 0.48, 26 jun. 0.54, 30 jun. RW H8, 1.° julio 0.60, 12 jul. 0.48, 18 jul. 0.48, 24 jul. 0.48, 29 jul. 0.48. Abandonó.

En 26 octubre siguiente, placas mucosas en las amígdalas y RW H0.

28 octubre 0.12, 1.° noviembre 0.18. Las placas han desaparecido. 9 nov. 0.30, 17 nov. 0.42, 24 nov. 0.42, 3 dic. 0.48, abandonó.

E. V. Historia 1200. 19 años de edad. 2 años de vida de prostitución. Embarazo de 3 meses. Placas mucosas ambos labios y amígdalas. Roseola más marcada región abdominal anterior. Sifílides pápulo-erosivas vulvares aisladas. Poliadenitis inguinal bilateral poco marcada.

15 RW H0. 15 P. L.: Nonne, neg.; G. bl., 0.8 x mm.3; RW H8.

15 0.06 sulfarsenol, 17 0.12. Las sifílides erosivas han desaparecido, lo mismo que la roseola. 20 0.18. Los elementos vulvares han desaparecido. 24 0.24, 28 0.30. Alta.

A. C. Historia 1205. Edad, 17 años. Roseola thorax y región abdominal anterior. Placas mucosas de las amígdalas. Sifílides pápulo-erosivas-hipertróficas confluentes, vulvares y perianales. Sifílides acneiformes profusas del cuero cabelludo. 15 RW. H0.

15 P. L.: Nonne, neg.; G. bl., 5.6 x mm.3; RW H8.

15 0.06 sulfarsenol, 17 0.12. Las exulceraciones amigdalianas com-

pletamente desaparecidas. Las sifílides hypertróficas mucho más secas, 20 0.18. Las sifílides hipertróficas notablemente reducidas. La roseola ha desaparecido, lo mismo que las sifílides acneiformes. 23 0.24, 27 0.30, 30 0.36. Todos los síntomas han desaparecido. 3 mes siguiente 0.42, 5 RW H0. Alta.

A. M. Historia 1206. 18 años. 1 mes de vida de prostitución. 15 Sifílides erosivas, labios, lengua y amígdala. Sifílides pápulo-escamosas diseminadas discreta. Alopecia no muy marcada. 15 RW. H0.
P. L.: Nonne, neg.; G. bl., 2.2 x mm.3; RW H8.
15 0.06 sulfarsenol, 17 0.12. Las placas han desaparecido. 20 Vacuna antivariólica en grandes pústulas. Las sifílides pápulo-escamosas muy congestionadas, más salientes, pero sin descamación. 20 0.18. Las sifílides desaparecen paulatinamente. 24 0.24, 28 0.30. Las inyecciones del 24 y 28 de ocasionan un pequeño chucho y la temperatura sube a 39°. 1.° mes siguiente 0.30. Misma reacción. 5 0.30. Toda sintomatología desaparecida. 5 RW. H0. Alta.

N. Ch. Historia 1224. Edad, 20 años. Edad de prostitución 2 años. 12. Sifílides papulosas diseminadas, sifílides pápulo-erosivas. Sifílides pápulo-hipertróficas-erosivas confluentes, grandes y pequeños labios. Poliadenitis inguinal bilateral muy marcada. 12 RW. H0.
12 P. L.: Nonne, neg.; Weichbrodt, neg.; Pandy, neg.; G. bl. 3 x mm.3; RW H8.
12 0.06 sulfarsenol, 17 0.12, 19 0.18, 24 0.30, 26 0.42, 1.° mes siguiente 0.48. Todos los elementos del sindroma van desapareciendo, regresando paulatinamente hasta desaparecer. El 1.° del mes siguiente no tiene sino la poliadenitis, que, aunque mucho menor, aún subsiste. 28 mismo mes. Reingresa con poliadenitis ing. bilateral algo marcada. 28 RW H0.
28 P. L.: Nonne, neg.; Weichbrodt, neg.; Pandy, neg.; G. bl. 0.8 x mm.3; RW H8. Continúa el tratamiento.

M. I. N. 15 años. Ulceración semilunar de la encía o concavidad inferior correspondiente al incisivo superior derecho, fondo rojo jamón, que chilla al bisturí, y que en la parte central ha desnudado completamente la pared anterior del alvéolo. Ha sido tratado dos días con tintura de yodo. Gruesa adenopatía submaxilar derecha con caracteres inflamatorios. Adenopatía submaxilar izquierda mucho menos marcada.
22 Trepo positivo al ultra, 23 RW H0, 24 0.06 sulfarsenol, 26 0.12. La ulceración ha mejorado mucho. Las adenopatías se han reducido. 30 0.18. Ulceración casi curada. Continúa la reducción ganglionar. Mes siguiente: 4 0.24. Ganglios ya normales. Ulceración cicatrizada. Persiste la pérdida de sustancia. 7 0.30, 11 0.30, 16 0.36, 19 0.36, 21 0.42, 24 RW H8, 26 0.42.

Neurosífilis

Conceptos generales sobre etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento

POR EL DOCTOR HÉCTOR DEL CAMPO (Montevideo)

Subdirector Técnico del Instituto Profiláctico de la Sífilis
Jefe de Trabajos del Instituto Profiláctico de la Sífilis de París
Médico del Dispensario Central

La sífilis es el veneno del sistema nervioso, decía Fournier. Y sus estadísticas probaban hasta la evidencia la verdad de tal aserto, como ponían bien en claro el pesado tributo pagado por quienes hacían localizaciones treponémicas del neuraxis. El diagnóstico de éstas sólo era posible, en aquel entonces, cuando los signos clínicos revelaban la naturaleza del proceso, pero escapaban a los maestros todos esos estados que preceden a lesiones ya constituídas.

Hoy los medios de investigación se han multiplicado y no hay por qué esperar la exteriorización del mal por grandes signos, que son denunciadores de un proceso avanzado.

Debemos y podemos descubrir las neurosífilis mucho antes de que hayan alcanzado un grado tal, y en ese sentido poniéndolas de manifiesto cuando recién se inician, nos permitirá atacarlas en el momento más favorable para obtener resultados decisivos, y nos permitirá restar a los capítulos de patología, tanto proceso crónico de curación difícil o imposible.

Demostraremos en este trabajo, que no perseguimos una quimera y pondremos de manifiesto en él, cuáles son nuestro criterio y nuestra conducta, frente a una sífilis inicial, cuyo tratamiento hemos hecho; así como cuál es la forma de encarar el tratamiento de una sífilis de localización nerviosa.

Lo primero nos permitiría evitar que una sífilis no esterilizada, pueda con el transcurso del tiempo, y trabajando solapadamente, afectar el sistema nervioso, y lo segundo nos dará la satisfacción de brillantes resultados, cuando la técnica no se ciña a viejos preceptos y cuando no se vea coartada por temores injustificados.

Los casos presentados dirán si este optimismo es o no justificable, debiendo adelantar desde ya que no debe subsistir, que no hay razón ninguna para que subsista la idea equivo-

cada, de que a las sífilis nerviosas, vale más abandonarlas a la buena suerte que tentar en ellas terapéutica alguna.

En qué momento se infecta el sistema nervioso.—La creencia dominante hace años, de que las localizaciones sifilíticas en el sistema nervioso, correspondían al período denominado terciario, ha perdido todo su valor. Hoy se sabe que se puede ser tabético o paralítico general, pocos meses después de iniciarse la infección. Por consiguiente, el factor tiempo tiene en este capítulo un valor bien relativo, sin desconocer que es para aquellos enfermos sometidos a tratamiento deficiente, la causa más capital para que la infección gane el cilindro eje.

¿Existe una sola clase de treponemas o hay variedades del mismo, con predisposición manifiesta a localizarse en tejidos distintos? ¿Estas localizaciones nerviosas responden simplemente a factores ajenos al agente, como ser fatiga cerebral, excesos de todo orden, o son el resultado de una variedad especial del treponema? He allí un punto que se encuentra a la orden del día y cuya solución tiene tan capital importancia.

Las investigaciones de Noguchi, Fischer, Grüng, Church, y Plaut, han permitido avanzar mucho en este terreno, y si no se ha llegado aún a nada concreto, todo hace suponer, en efecto, que en un futuro no lejano será posible, como lo pretende Church, hacer la individualización del treponema y predecir la modalidad sifilítica a que dará lugar.

El argumento serio que se pretende hacer de los casos de neurosífilis, que han sido precedidos de manifestaciones cutáneas u óseas, no tendría un valor tan capital como pudiera en apariencia atribuírsele. ¿Por qué no aceptar la posibilidad de una asociación de treponemas de tendencias distintas, en un mismo chancro? No hay nada que vaya contra esta suposición.

Hay, en cambio, muchos hechos de observación clínica que orientan nuestro criterio en el sentido de hacerlo aceptar, sin violencia, las distintas clases de treponemas.

¿Cómo explicar esas sífilis con la característica bien evidente de tocar exclusivamente las mucosas, haciendo lesiones en ellas siempre y cada vez que un tratamiento no continuado les permita recobrar en algo su adormecida actividad, sin que nunca se localicen en órgano alguno, manifestándose siempre superficialmente? ¿Cómo explicar esas otras a manifestaciones cutáneas o gomosas, revelándose

siempre en esa forma y que a pesar de los años no lastiman nunca órganos vitales y menos el sistema nervioso?

Frente a estos casos tenemos otros, en los que la sífilis ha vivido tranquilamente durante muchos años, sin que la clínica muestre un signo cualquiera denunciador de que un órgano haya sido tarado. Esas sífilis reveladas por los exámenes serológicos, en personas de más de 60 años, que al interrogatorio acusan un accidente inicial allá en su juventud y que nunca más se han acordado de una posible sífilis, por no haber notado la más mínima cosa que les hiciera sospechar la infección que han paseado durante tanto tiempo. 30 o 40 años más tarde se ha puesto de manifiesto, al hacer un examen de sangre sólo justificado por la sistematización que de él se ha hecho en nuestras clínicas y hospitales.

En cambio, aceptando la tesis moderna, podríamos explicar todo lo contenido en párrafos anteriores, más las infecciones nerviosas puras. Nos explicaríamos, así, esa brusca localización en el sistema nervioso, en esas sífilis que comenzando por chancro, apenas si en el período septicémico han dado una roseola atenuada o nada absolutamente, para pasar directamente al neuraxis, dejando libres piel y mucosas, para provocar en el individuo una localización que no la justifica ni su constitución física, ni sus hábitos, ni sus antecedentes, ni causa alguna predisponente.

Fuerza es admitir que no puede ser esto fruto del azar, y el sabio Fournier, cuya clarividencia se puso de manifiesto en muchos puntos hoy averiguados, decía: "El sentido común y el sentido clínico están de acuerdo para rechazar la idea de que la sífilis distribuye sus golpes, como la fortuna sus favores, vale decir, arbitrariamente. No hay nada en patología que esté librado a la suerte, y tengo la íntima convicción que el rol suerte no interviene en nada para que la sífilis sea en unos casos de modalidad cutánea y en otros lo sea de modalidad nerviosa".

Desgraciadamente, las investigaciones no han llegado aún a una conclusión precisa, pero los estudios últimos realizados por Levaditi y Marie son bien alentadores y es dable suponer que el éxito coronará tanto esfuerzo.

Si para los viejos clínicos el tiempo llenaba un rol muy importante y era la causa del mayor porcentaje de sífilis nerviosas, hoy creemos de interés dejar bien sentado el hecho de que si los enfermos fueran observados y sometidos a los medios de diagnóstico que actualmente poseemos, des-

cubriríamos una enorme cantidad de infectados nerviosos, mucho antes de que los signos clínicos exteriorizaran ese proceso y, por consiguiente, nos darían la razón cuando afirmamos de que en los casos de treponema neurótropo, se es sifilítico nervioso poco tiempo después de iniciada la enfermedad, y que los años no harán sino acentuar y establecer en definitiva, un proceso que ya existe.

Se ha afirmado por algunos autores, que todo sifilítico sufre en el período de generalización un ataque a sus meninges, cuya evolución varía según la distinta tendencia que manifieste el treponema. Se acepta que, conjuntamente con la roseola, placas, manifestaciones visibles de aquel período, hay, además, otros signos que evidencian su carácter septicémico. Esos signos, como ser: cefaleas, cefalalgias intensas, intensísimas algunas veces, insomnios, astenia, neuralgias de otro orden, neuritis, no responderían sino a esa generalización del proceso.

Las investigaciones de Milian, Ravaut y Jeanselme pretendieron demostrar la existencia de una reacción meníngea correspondiente a ese período y en todos los casos. La vulgarización de la punción lumbar por Widal, Sicard y Ravaut, permitió establecer en principio la verdad relativa de una afirmación a la que dieron aquellos profesores demasiada amplitud.

El Profesor Dujardin en su última obra, parece sostener una tesis que a nuestro entender peca también de exagerada. Que hay una reacción meníngea en muchos casos del período secundario, no se discute; pero de allí a aceptar, como lo hace Jeanselme, que si la punción lumbar fuera sistemáticamente hecha en todas las septicemias sifilíticas, hallaríamos en el líquido céfalo-raquídeo una linfocitosis o albuminosis denunciadoras del proceso meníngeo, hay diferencia grande.

Las investigaciones hechas por el doctor Halty en el laboratorio del Instituto Profiláctico de la Sífilis, con enfermas secundarias pertenecientes al Pabellón "Germán Segura", prueban que el porcentaje no alcanza sino a un 50 por ciento.

No cabe la menor duda, pues, de que la sífilis desde el comienzo tiende sus avanzadas en el cilindro-eje, para rozarlo apenas en muchos casos y para establecerse en él y definitivamente, en otros. Que la causa de esos síntomas meníngeos sean los propios espiroquetes ya instalados, como lo pretenden unos, o que sólo sean sus toxinas, como lo pretenden otros, es cosa no resuelta aún.

Lo interesante y lo que debe quedar bien establecido es que, en el período septicémico, las meninges de muchos enfermos sufren la acción directa del treponema o indirecta de sus toxinas, dando lugar a todos esos signos de una reacción más o menos intensa, a que nos referíamos en párrafos anteriores. Y si recalcamos sobre tal hecho, es porque ello constituye la razón fundamental que nos ha llevado a adoptar el criterio con que encaramos toda sífilis que se inicia.

Establecidos esos hechos, que la observación y la experiencia confirman, veamos cuál será la evolución que sufren las distintas modalidades de reacciones meníngeas. ¿Acaso todas van a evolucionar hacia los procesos agudos o crónicos del neuraxis? Evidentemente, no.

Hay enfermos en los cuales la evolución favorable se hará de inmediato, quedando todo reducido a una pequeña linfocitosis o albuminosis, que desaparecerá más tarde por completo. Hay otros en los cuales todo el cuadro de las meningitis sifilíticas se pondrá de manifiesto, y hay otros, por último, cuya marcha sórdida los lleva, sin signos de importancia, a los procesos crónicos, como ser: tabes, parálisis general, etc.

No vamos a estudiar en detalle esas meningitis, cuya descripción nos llevaría muy lejos, pero es bueno hacer notar que no tenemos por qué esperar cuadros impresionantes para pensar en una infección meníngea sifilítica. Frente a aquellos con una evolución clínicamente apreciable, dramática en algunos casos, con cefalalgias de intensidad tal que exigen al enfermo un consumo diario de mucha aspirina, encontraremos las meningitis de evolución insidiosa, de poco signo, que llenan el capítulo de las llamadas meningitis frustras. Queda aún el grupo de las meningitis latentes, pasando desapercibidas, perfectamente toleradas por el enfermo y que sólo las pone de manifiesto la oportuna punción lumbar.

Aunque vamos a pasar por alto el estudio de cada una de esas variedades de reacciones meníngeas, consideramos, sin embargo, de interés, puntualizar las características más comunes con que ellas se revelan. Hay casos en los cuales la sola cefalalgia, cuya intensidad llega a ser a veces enorme, lleva al médico a la punción lumbar como confirmación de un diagnóstico clínico posible. Son esos consumidores de grandes cantidades de analgésicos, sin que vean calmados sus dolores.

Otros manifiestan su meningitis, por pequeñas cefaleas.

a las que no se atribuye importancia alguna, hasta que un día un *ictus* pone su etiqueta a aquella molestia. Para otros es el insomnio el único signo que los lleva a consultar al médico. Para otros una ligera o marcada impotencia, y para otros, en fin, todo se reduce a simples mareos y vértigos.

Pasado este período meníngeo, la desaparición de todo signo molesto trae como consecuencia el abandono que el enfermo hace de su enfermedad, y aún el médico que se atenga en absoluto a la clínica gruesa desconocerá las sífilis nerviosas insidiosas cuya evolución progresiva llevará a los procesos ya definidos como tabes, parálisis general, etc.

De todo lo que antecede se desprende que no basta la clínica para descubrir esos estados transitorios, y como hay un enorme interés en reconocerlos antes de que tomen proporciones mayores que harán más difícil su cura, debemos echar mano al laboratorio, que nos presta en el análisis del líquido céfalo-raquídeo una ayuda indiscutible.

Vale la pena insistir sobre el verdadero concepto que debe tenerse de la punción lumbar y la manera de encarar los datos que arroja. Desde luego, debemos insistir en que ningún médico podrá dejar de tratar un sifilítico, si la infección es nueva, antes de cerciorarse por intermedio de la punción lumbar de que el neuraxis ha escapado a la infección treponémica. No se puede discutir la importancia del análisis del líquido céfalo-raquídeo, como medio de diagnóstico, y es aún grande la utilidad que presta como guía de un tratamiento y pronóstico a seguir.

Tratar un sifilítico, no teniendo como base para la dirección de ese tratamiento, en lo que se refiere a duración e intensidad, nada más que la marcha de las manifestaciones clínicas que presente, es cometer los más grandes errores. Si la sífilis mostrara su actividad, exteriorizándola con síntomas o signos de cualquier orden, nada más lógico que ceñirse a ellos como guía de una terapéutica eficaz. Pero es necesario compenetrarse de que son muchas las localizaciones luéticas cuya evolución se hace en una forma sórdida, sin despertar una sospecha siquiera en el médico tratante o en el enfermo.

Aún mismo, para los enfermos tratados que han beneficiado de una medicación intensa y en quienes todo hace creer que la enfermedad ha sido dominada, no hay nada más que la punción lumbar que pueda indicarnos que aún quedan ciertos elementos, reveladores de un proceso dominado en parte, pero no desaparecido.

Y si los datos que arroja tienen capital importancia para hacer criterio sobre la marcha de un proceso ya conocido y sometido a tratamiento, no la tienen menos en aquellas sífilis iniciales que luego de una medicación inteligente, se logra hacer desaparecer toda manifestación, llevando al enfermo a un estado tal que todo hace suponer haber logrado dominar por completo la infección. Es en esos casos, y sujetándonos a la conducta que nos hemos inpuesto, que por medio de la punción lumbar hemos descubierto localizaciones nerviosas que recién se iniciaban, pudiendo en esa forma atacarlas en las más favorables condiciones.

Nuestro criterio es el siguiente: que todo sifilítico, cualquiera sea la modalidad de la infección, debe ser sometido a la punción lumbar. Para las sífilis iniciales, inmediatamente de haber terminado la primera serie de inyecciones y si los resultados negativos de la sangre hechos periódicamente probaran que la infección ha desaparecido o ha sido dominada casi por completo, repetir aquella punción un año más tarde, y una tercera vez dos años después. Estamos convencidos de que en esa forma, no escaparán a nuestra vigilancia las distintas meningitis que pudieran manifestarse en ese período.

Muchos de los fracasos sufridos por los especialistas y los médicos generales al tratar sifilíticos, se deben pura y exclusivamente a ese criterio que ha primado hasta hace poco. Tratar todo enfermo con series de 6 inyecciones, espaciadas de 4 o 5 meses, aún cuando se alternaran con ellas inyecciones mercuriales, sin detenerse a analizar que hay sífilis bien distintas que exigen tratamiento bien distinto, es pretender uniformar una terapéutica, que lleva fatalmente a evidentes fracasos.

Esta forma de curar sifilíticos podrá dar relativos resultados en enfermos cuya infección no maligna sólo se limita a lesionar las mucosas o la piel; pero, ¿cómo pretender conseguir éxitos, si nos encontramos en presencia de procesos de índole más grave, como ser: meningitis, parálisis general, tabes, lesiones cardíacas, etc.

Estos tratamientos deficientes no conducen a nada. Pero el otro criterio, diametralmente opuesto y sostenido por algunos, de que todo sifilítico debe tratarse eternamente, nos parece exagerado y sin razón de ser. Ya volveremos sobre este punto.

Nosotros, sin aceptar ni el primero ni el segundo de los criterios expuestos, tratamos a nuestros enfermos intensamente, pero teniendo como bases fundamentales, para

guiarnos en el tratamiento a hacer, la naturaleza de la localización, los signos clínicos y evolución de ellos, y las reacciones serológicas.

Es sobre esa triple base que nosotros fundamos nuestro criterio terapéutico, bien lejos de ceñirnos a fórmulas esquemáticas que no conducen a nada positivo.

Pretender que cualquiera de ellas bastaría para formar juicio y obrar en consecuencia, es desconocer lo que la práctica diaria muestra. Que la clínica basta no es exacto. Son muchos los casos que pudiéramos citar de enfermos considerados curados o tratados bien deficientemente por ilustrados colegas y que, sin embargo, padecían de una de esas tantas localizaciones incurables o poco menos. Son muchas las personas a quienes se les ha afirmado no reconocérseles manifestación clínica alguna y, sin embargo, la punción lumbar, o el examen de sangre demostrar que la infección existe. Luego, pues, por sí sola la clínica dirá mucho, pero no todo.

La evolución de los signos clínicos que un enfermo presente, tampoco basta; pues son los que pagan el más pesado tributo, aquellos que se consideran curados por haber desaparecido toda manifestación o los que han sido dados de alta por sus médicos, cuando la desaparición de todos los signos clínicos ha hecho creer en una cura completa.

Las reacciones serológicas, desgraciadamente, no tienen el carácter absoluto con que algunos las adornan. Si ellas constituyen un colaborador eficacísimo en muchos casos, en otros fallan lamentablemente y son, entonces, las otras dos bases a que nos referimos las que marcarán rumbo sobre la conducta a observar.

Son, pues, esos tres elementos, estudiados en conjunto y en detalle, los que deberán tenerse en cuenta al hacer un tratamiento o un diagnóstico. Si fracasara uno, los otros salvarán al médico de todo error posible.

La punción lumbar, por lo tanto, toma en esos casos una importancia enorme, y desconocerlo es privarse de una ayuda estimable que en muchos casos evitará desagradables sorpresas.

¿Qué inconveniente tiene la punción lumbar? Hecha en buenas condiciones, sujeta a una rigurosa técnica, podremos decir que ninguno, salvo incidentes nada temibles, sin consecuencias mediatas ni inmediatas. La razón de esos pequeños trastornos se nos escapa, y, luego de haberlos estudiado en detalle, estamos autorizados para suponer que hay un factor esencialmente personal, que es quien los origina.

Al hablar de incidencias nos hemos querido referir a las cefalalgias, a veces muy intensas, que sobrevienen a continuación de una punción lumbar, aun cuando ésta haya sido hecha en perfectas condiciones.

Si es común extraer 6, 8 o 10 centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo sin que el enfermo sienta después molestia alguna, hay, sin embargo, casos, raros por suerte, en los que la simple extracción de 2 o 3 centímetros cúbicos provoca cefalalgias intensísimas que exigen la permanencia en la cama por espacio de varios días. Tenemos un enfermo, con quien hemos llegado a extremar las cosas, extrayéndole para los exámenes tan sólo dos centímetros cúbicos de líquido y recomendándole, luego de hecha la punción, de permanecer horizontal por lo menos tres días. Pues bien: a pesar de esta precaución, sufre de cefalalgias unos cuantos días, toda vez que pretenda ponerse de pie.

Otros, por el contrario, sufren a raíz de esa intervención cefáleas nada intensas, muy poco molestas, todo tan sin importancia que no ponen objeción alguna si se les invita a una segunda punción.

¿Acaso la punción de una meninge, — porque la buena punción no debe tocar ni perforar nada más que ella,—acaso, repito, puede significar un peligro o puede tener consecuencias en el futuro? Evidentemente, no. Son muchas las personas puncionadas desde hace tiempo, sin que tengan que reprocharse el haberse sometido a tan simple operación. Hace muchos años que se la practica y tiempo sería ya de reconocer los malos resultados que hubiera podido originar. Tanto en Medicina como en Cirugía, la punción lumbar no constituyó nunca una intervención de carácter delicado, de modo que es muy moderno el querer asignarle peligros, fruto más bien de la imaginación, que no de lo que la experiencia dice.

Recientemente se le ha reprochado la posibilidad de infectar una meninge, con los treponemas que pudieran existir en los tejidos o vasos que atraviesan la aguja en los enfermos que estuviesen en el período de generalización.

Hay experiencia, que prueba la inconsistencia de tal teoría. El doctor Vernes, como el doctor Jeanselme, practicaban a diario la punción lumbar en sifilíticos en pleno período de generalización, allá por los años de 1911, 1912 y 1913, y esos mismos enfermos vistos por nosotros hasta el año de 1916, no presentaron signo alguno de procesos meníngeos imputables a una infección provocada.

Nuestra experiencia, que es de menor número de años.

condice con la de los señores antes citados, pues nuestros puncionados allá por el año 1916, no han presentado hasta hoy signos de infección meníngea que pudieran tener aquel origen. Bien es cierto que no nos ha sido posible estudiar sistemáticamente todos los enfermos a quienes hemos hecho la punción por aquella época, pero los que han seguido bajo nuestra vigilancia no han presentado, hasta el presente, ni clínica ni serológicamente, dato alguno que pruebe la tan temida infección sobreagregada.

Si las ideas sostenidas por el Profesor Dujardin son exactas, el sifilítico nervioso lo es desde el comienzo de su enfermedad, pues en el período de generalización, cuando el treponema se pasea impunemente por todos los tejidos del organismo, según aquel profesor, hay focos meníngeos ya establecidos, en todos los casos cuya evolución se hará favorable o desfavorablemente, según que la vacunación que se provoque haga que el organismo al defenderse localice el espiroquete en tal o cual órgano, según su mayor o menor resistencia y según su menor o mayor capacidad para una autodefensa.

Si esta teoría es exacta, — y por nuestra parte, sin aceptarla como general, la consideramos, en gran parte de los casos, muy fundada y muy de acuerdo con los hechos, — ¿qué peligro pudiera existir? En realidad, ninguno, pues si llevamos unos treponemas a las meninges, no agregamos sino muy poca cosa a un proceso ya existente.

Cualquiera que fuese la tesis aceptada, descartaría la posibilidad de infectar el sistema nervioso en el curso de una punción lumbar practicada en el período de generalización. Si aceptamos la teoría del virus neurótropo, en nada perjudicamos al enfermo, pues el treponema ya existirá en el cilindro-eje. Si, por el contrario, creemos más aceptable la sobreimpregnación del sistema nervioso en el período septicémico de que nos habla Dujardin, tampoco haremos mal alguno, por las razones ya expuestas.

Consideramos que este peligro recientemente anotado, tiene más bien las características de una vista del espíritu, que no las de una conclusión sacada de hechos indiscutidos.

¿Hay otros peligros en practicar la punción lumbar? El Profesor Dujardin, sobre 1.300 punciones hechas, señala dos casos con accidente: un caso de muerte por hemorragia cerebral en un paralítico general, al día siguiente de la punción, y que califica de coincidencia, y un *ictus* apopletiforme ligero en otro paralítico general, cinco horas después de la punción.

Por nuestra parte, debemos declarar con toda lealtad, que en ningún caso hemos tenido accidente alguno en los varios cientos de enfermos puncionados, siendo muchos los que se han sometido repetidas veces a esa operación.

Es bien sabido que se han citado casos de muerte en puncionados que, teniendo un tumor cerebral, se ha incurrido en el error de extraerles cantidades exageradas de líquido céfalo-raquídeo, seducidos por una gran hipertensión y entusiasmados por un chorro raro en ver. Es esta enorme hipertensión en procesos crónicos, lo que hubiera debido sugerirles una táctica completamente opuesta. Esos casos no deben figurar en el haber de los impugnadores de la punción lumbar, por razones que ni merecen citarse.

Se comprende, fácilmente, que la decompresión provocada por la extracción del líquido pueda, en aquellos casos en que hay lesiones arteriales cerebrales avanzadas, traer como consecuencia la rotura de uno de los tantos aneurismas miliares existentes; pero es en esos casos, y debiera ser criterio general, que se debe extraer lo suficiente y nada más que lo suficiente, de líquido, sin entusiasmarse mucho por la presión con que salga. Al decir "lo suficiente" nos referimos a la cantidad justa para hacer las investigaciones necesarias.

Los pocos y relativos inconvenientes desaparecerían totalmente si todos se impusieran del valor de una técnica simple, aceptable por los enfermos y sin caer en la generalizada tendencia de hacer generosas extracciones de líquido.

Desposeída así de tanto imaginario peligro, la punción lumbar nos será de invalorable ayuda en muchos casos, en los que la clínica no se basta para confirmar un diagnóstico.

Tenemos en asistencia un enfermo visto en nuestra ciudad por cinco reputados colegas, oculistas y médicos generales. Todos ellos reconocieron una neurosis pronunciadísima datando de 16 a 18 años, pero como no había signo alguno ni trastorno, que despertara la sospecha de un tabes, todos convinieron en que esa neurosis no podía ser sino de origen congénito. A ninguno, posiblemente por temor, se le ocurrió aconsejar a nuestro enfermo una simple punción lumbar, a fin de aclarar un punto tan importante. Visto por nosotros, nos llamó la atención tan elemental olvido, en una persona que, a pesar de presentar antecedentes específicos vagos, tenía una manifestación que podría ser congénita, pero que podía muy bien responder a un proceso sifilítico nervioso. Sometido a ella, el resultado fué conclu-

yente, pues se encontró una reacción de Wassermann francamente positiva, linfocitosis y albúmina. Durante 15 años ha paseado su tabes, desconociéndolo, y engañando a los médicos sobre la importancia de su mal, por la muy simple razón de no tener sino un solo signo al que se prefirió clasificarlo como congénito. En realidad, investigando más en detalle se hubiera podido descubrir un cambio en el carácter de nuestro enfermo, así como una pérdida de su potencialidad física, hoy recuperada a base de un tratamiento riguroso y continuado.

A este respecto, debemos manifestar que no hay por qué buscar en las sífilis nerviosas muchos signos, para hacer un diagnóstico; pues debemos recordar que en su gran mayoría estas localizaciones son oligo-sintomáticas.

Otro caso. Tenemos en asistencia un colega que, a pesar de haber seguido un tratamiento pobre e irregular, no nos era posible hacerle aceptar la punción lumbar, porque estudiándose como médico y analizándose en detalle, sostenía no encontrar nada absolutamente que justificara nuestros temores y, por consiguiente, el someterse a una punción. Sin embargo, realizada a nuestras instancias, al mostrarle casos de una evidencia indiscutida, se puso de manifiesto un tabes incipiente, con la triada del líquido y que punciones posteriores han confirmado, mostrando, además, pereza a ceder terreno, a pesar de un tratamiento que para muchos sería exagerado.

Muchos casos semejantes podrían ser citados, pero bastan esos dos como elocuente demostración de la necesidad de vulgarizar tan útil medio de diagnóstico.

¿Cómo practicar la punción lumbar? Es bien sabido que son muchos los enfermos que se oponen a ella, por los intensos dolores que provoca la simple introducción de la aguja, cuando el que opera no tiene la experiencia necesaria. Consideramos eliminado este inconveniente, y la práctica lo ha demostrado siempre, utilizando la anestesia local, hecha simultáneamente, y que permite operar sin que el enfermo se aperciba de ello. Es el procedimiento de Vernes.

Empleamos una solución de cocaína, novocaína, estovaína al título corriente, en jeringas adaptadas a la aguja de punción lumbar. Estas agujas, fabricadas por la casa Gentile, de París, tienen un diámetro de luz inferior a las habitualmente usadas. Son de 8 centímetros de largo por 8 décimas de milímetro de ancho.

Adaptada la aguja a la jeringa, se avanza aquélla impulsando [illegible] un poco el émbolo de la jeringa, a fin de anestesiar en esa forma, y previamente, el trayecto que la aguja recorra. Lentamente y repitiendo esa maniobra, se adelanta la aguja a la manera de un tornillo, llegando así hasta la meninge, a la cual se atraviesa suavemente. Antes de llegar a ella, y la práctica enseña cuándo estamos próximos, es innecesario inyectar solución anestésica, pues en esos planos profundos ligamentosos el enfermo no siente absolutamente nada de dolor.

Debe atravesarse la meninge, sin que haya necesidad de tocar uno de los nervios de la cola de caballo, para darse cuenta de que se ha penetrado en el canal raquídeo. Esta práctica tan divulgada, no tiene razón de ser, y al evitarla se elimina una de las impresiones fastidiosas a que se somete un puncionado, al hacerle ese dolor irradiado a todo un miembro.

Si se ha dejado la jeringa adaptada a la aguja, una vez atravesada la meninge, obrando con paciencia, se verá el émbolo de la jeringa impulsado por la propia presión natural del líquido. Bastará, pues, sacar la jeringa, dejar correr unas gotas para recoger el líquido en perfectas condiciones. Puede, también, una vez llegado a los planos profundos, y no siendo necesaria la anestesia para ellos, desadaptarse la jeringa y avanzar entonces la aguja bien suavemente hasta que unas gotas indiquen que nos encontramos en pleno canal raquídeo.

No hay que temer el que se mezclen el líquido y la solución anestésica, pues las pocas gotas que se deje correr antes de recoger el líquido, limpian a la aguja de todo lo que pudiera quedar en ésta.

La utilización de la jeringa con la solución, evita, además, el uso del fastidioso mandril, no presentándose nunca el caso de que la aguja se obture, por una de las tantas razones que exigen el empleo de éste.

Todo permite quitarle a la punción lumbar el concepto de martirizadora que tiene entre muchos, y baste decir que ninguno de nuestros enfermos puncionados se ha rehusado a una segunda, tercera o cuarta punción.

Conseguida la extracción del líquido, colocamos nuestro enfermo boca abajo, durante una hora, para luego dejarlo boca arriba 5 o 6 horas o más si sus antecedentes prueban tratarse de un sujeto susceptible de trastornos a distancia.

Colocar el enfermo boca abajo tiene su explicación, a nuestro entender bien aceptable. No es difícil que al practicar la punción la aguja haya chocado a veces, rozado en otras, una de las vértebras; en esas condiciones, torcida su punta o rota ésta, al traspasar la meninge lo haga, no produciendo un pequeño agujero cuyo cierre es siempre fácil, sino desgarrándola y en esa forma permitir, una vez terminada la operación, la pérdida de líquido en cantidad más o menos grande. Al colocar al enfermo boca abajo, facilitamos la cicatrización del pequeño orificio, sin mayor *écoulement* de líquido. Es posible que muchas cefalalgias postpuncionales sean debidas tan sólo a las razones expuestas.

Las cefalalgias, resultado de una decompresión grande, no responden a terapéutica alguna. Ni la morfina, aconsejada por Milian, ni la urotropina, aconsejada por Ravant, darán buenos resultados. No hay otra cosa que aconsejar al enfermo la posición horizontal, la que le produce alivio inmediato, volviendo a manifestarse los dolores toda vez que por apresuramiento pretenda colocarse en posición vertical. Cuando esas cefalalgias o raquialgias sólo respondan a reacciones meníngeas provocadas por una punción no bien aséptica, entonces sí, la terapéutica dará sus buenos resultados.

¿En qué casos se producen esas cefalalgias consecutivas a la punción lumbar? Dice Dujardin, quien cuenta con una larga experiencia en la materia, que en la práctica hay más probabilidades de que ellas se manifiesten cuando se opera sobre personas con meninges normales. No participamos de esta opinión. Las hemos visto producirse indiferentemente en sujetos sanos como en personas con meninges enfermas. Dos casos nuestros de cefalalgias intensísimas exigiendo cama por varios días, y en evidentes neurosifilíticos, llevarían a una conclusión diametralmente opuesta. En cambio, en operados perfectamente normales, si hemos observado cefalalgias, nunca han sido de la intensidad de las anteriores. Luego, pues, nos parece aventurado opinar en definitiva sobre este punto. Pereza en la reconstitución del líquido; mayor o menor tolerancia a una decompresión, son factores que pudieran explicar la producción de esas cefalalgias.

¿Qué conclusiones sacar de los datos que arroja el examen del líquido en su salida, así como de los distintos resultados de las investigaciones a que se le someta?

Uno de los datos a tener en cuenta es el relativo a la presión con que el líquido salga. Se le ha dado una importancia que en realidad no tiene. Se calcula que en un sujeto acostado su tensión varía entre 60 y 120 milímetros de agua.

En enfermos con reacción meníngea grande, podemos observar una exageración de esa tensión, siendo quizá el único caso en el que el dato tiene importancia, pues puede permitirnos valorar la extensión e intensidad del proceso.

En todas las otras localizaciones sifilíticas del neuraxis no hay grandes variantes, siendo muy raro encontrar aumento de la tensión normal, aún en los casos de procesos crónicos. El líquido sale gota a gota, al igual del líquido de una persona absolutamente sana.

Salvo los casos muy especiales de meningitis de grande extensión, la tensión con que salga el líquido no da mayores luces.

El líquido extraído es en la enorme mayoría de los casos perfectamente claro, como es bien sabido. Sin embargo, a veces aparece turbio o de aspecto puriforme, pero no conteniendo pus alguno, pues el examen microscópico muestra una enorme cantidad de polinucleares absolutamente intactos y prueba, además, tratarse de un líquido completamente aséptico. Es, en realidad, una especie de fluxión blanca, un proceso diapedético considerable, como resultado de un ataque profundo de las meníngeas.

Relacionados con esta modalidad, cítanse casos que nosotros no hemos observado, de líquidos de aspecto puriforme temporariamente, a base de polinucleares sanos, para luego, sin tratamiento alguno, desaparecer ese aspecto, transformándose en un líquido absolutamente claro.

Pasando al estudio microscópico del líquido céfalo-raquídeo diremos que es su citología un precioso medio de diagnóstico y pronóstico. Desde luego, conviene aclarar cuál es el límite de una linfocitosis normal. Se ha pretendido elevarla y las diferencias de criterio puede que sean resultado del momento distinto en que se haga la numeración de glóbulos blancos.

Es indudable, y hay conveniencia en que se haga así, que el más exacto de los exámenes será el que se lleve a cabo más inmediatamente a la extracción del líquido. Hay quienes aceptan como normal 1 a 2 linfocitos por mm^3; otros 3 a 4; otros de 6 a 8 y algunos llevan el número a 10.

Esta disparidad de criterio, que a primera vista pudiera no tener importancia, tiene, como se comprenderá, sus se-

rios inconvenientes. Desde luego, hay interés fundamental en universalizar los límites a los cuales debemos ceñirnos, para poder deslindar lo que pertenezca a lo normal de lo patológico, porque ello traería como resultado una uniformidad de criterio frente a líquidos cuya linfocitosis esté comprendida entre 1 y 10. Si de acuerdo con nuestro criterio, 4 o más linfocitos en enfermos con antecedentes del neuraxis, nos obliga a someterlos a tratamiento, para otros no se le asignará importancia alguna a tan leve linfocitosis.

Es muy posible que sean los distintos medios utilizados en la enumeración de los glóbulos blancos, los que han traído como consecuencia esta diversidad de opiniones, pero es indudable, y de acuerdo con las ideas de Jeanselme y Chevallier y las de Dujardin, que es el empleo de las células de Nageotte y la de Fuchs-Rosenthal, las que más garantías darán en los resultados.

Nuestra experiencia prueba, como lo prueba también la del doctor Scaltritti en el Laboratorio del Instituto Profiláctico, que se han dado números exagerados. Rarísima vez hemos visto líquidos de enfermos, sin que nada haga sospechar una lesión nerviosa, teniendo, además, todas las investigaciones normales y cuya linfocitosis pase de 2 a 3 por milímetro cúbico, y es ese el límite que consideramos más prudente adoptar como normal. Podemos tolerar un margen de un linfocito más, pero estimamos que por encima de esa cantidad, debe el médico vigilar su enfermo si no ha tenido antecedente neurosifilítico alguno, y si los ha tenido proceder a su inmediato tratamiento.

Analizado el líquido en el laboratorio, podemos encontrar en él distintos elementos anormales y reacciones especiales, existiendo independientemente en ciertos casos y combinándose en los más. Puede haber aisladamente, aunque es lo menos común, albúmina, linfocitosis anormal y reacción de Wassermann positiva, o pueden combinarse entre ellas según la naturaleza de la afección. A medida que los vayamos estudiando diremos en qué casos se manifiestan.

La linfocitosis es la más común de las alteraciones a observar. Sin entrar a estudiar en detalle la forma y caracteres de las linfocitosis patológicas, diremos que alcanza un número considerable en ciertos casos, para verse reducido en otros a pequeñas diferencias. Es en las meningitis del período secundario en las que encontraremos mayor

cantidad de glóbulos blancos, siendo fácil hallar 300, 400 o 500 por milímetro cúbico, con gran predominancia de polinucleares, existiendo, además, células endoteliales. En las sífilis en el período de generalización hemos visto a esa misma citología alcanzar grandes proporciones, respondiendo a un proceso ya estudiado en otro lugar.

Esas enormes linfocitosis ceden en forma brillante a un tratamiento intenso, y es fácil verlas descender por cantidad al poco tiempo de iniciado aquél.

La fórmula citológica de los líquidos tabéticos es muy variable. Ya no tiene el carácter intenso de la anterior, sobrepasando rara vez cantidades mayores a 60, 70 u 80. Ya no es a tipo mixto como las que responden a lesiones sifilíticas de grande actividad, sino que ella se manifiesta por una reacción linfocitaria casi pura. En cuanto al valor de esa linfocitosis, sin pretender fijar límites, oscila entre 10 y 30 en la gran mayoría de los casos.

Podemos afirmar que las linfocitosis altas, siendo reflejo de una reacción meníngea grande, las encontraremos más bien en los tabes que comienzan; presentándose dentro de los límites anteriormente citados en los tabes cuya evolución ya se ha hecho y que no parece sino, como dice Dujardin, exponente de una lesión en reposo.

La dosificación de la albúmina en el líquido céfalo-raquídeo arroja datos de valor relativo. Consideramos como normal la cantidad de 30 centigramos, pudiéndose observar por arriba de esto, hiperalbuminosis que pueden llegar hasta una precipitación masiva.

No debemos extrañarnos de encontrar, en algunos casos, líquidos sin linfocitosis, sin reacción de Wassermann positiva, pero conteniendo albúmina en cantidad superior a la normal. Este hecho había sido observado y estudiado por Jeanselme y Chevillart, quienes habían llegado a la conclusión de que era en los viejos sifilíticos que se notaba este aumento de la albúmina, como resto de antiguas reacciones meníngeas.

No vamos a estudiar los distintos procedimientos usados en la dosificación total de la albúmina, como tampoco los empleados para la investigación particular de las distintas globulinas. El Pandy, el Weichhodt, el Noguchi son métodos ya conocidos, aceptados como buenos, sin que haya manifiesta superioridad de uno sobre otro.

El método de Lange, a base de reacciones coloidales, es considerado hoy como superior a todos los empleados hasta el presente. Según Dujardin, es posible hacer con él un

diagnóstico diferencial de las distintas afecciones nerviosas sifilíticas, permitiéndonos de ese modo no solamente confirmar un diagnóstico, sino hacer pronóstico sobre la evolución de un proceso que se inicia.

Queda por considerar la Reacción de Bordet-Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo. Podemos afirmar que es en este caso donde se le reconoce mayor valor. Decía Widal que no hay manifestación sifilítico-nerviosa en actividad que no se ponga en evidencia por medio de la reacción. Sin participar de un criterio tan absoluto, creemos, sin embargo, que el porcentaje es elevadísimo, debiendo dejar de 1 a 2 por ciento, para explicar ciertos casos de evidente localización nerviosa sifilítica, que no acusan en el líquido una reacción positiva. No parece sino que esos viejos procesos, ya organizados y definitivamente constituídos, han cumplido toda su obra al localizarse en una parte del neuraxis destruyéndola, para no avanzar más. El elemento sífilis ha desaparecido, para dar paso a un proceso de esclerosis, cuya evolución se hará bien lentamente. Es en esos casos que podremos encontrarnos con un líquido normal o casi normal, a pesar de existir lesiones que no pueden ser sino de origen treponémico.

En todos los demás casos, la reacción de Wassermann no nos ha fracasado nunca, y si depositamos en ella tanta confianza es porque la experiencia nos ha probado que es verdad la afirmación del Profesor Widal, citada anteriormente.

Se le han hecho cargos injustos, considerando como fracasos de la reacción resultados negativos en enfermos que presentaban signos de lesión medular que, a juicio del médico, no podrá ser sino sifilítica. Y nos referimos con especialidad a esta clase de localizaciones por ser las que más frecuentemente inducen a error.

Pues bien: vamos a relatar dos casos, en los que, a pesar de una reacción de Wassermann negativa, de ser también negativas las demás investigaciones hechas en el líquido y de no tener antecedentes venéreos el enfermo, se insistió en considerar la lesión como sifilítica, tratándola como tal y presentando el hecho como uno de los tantos fracasos de las reacciones serológicas a que nos referimos.

Un hombre de unos 35 años, atacado de paraplejía, es visto por un especialista, quien, después de estudiar clínicamente al enfermo, llega al diagnóstico de paraplejía sifilítica, a pesar de tener el paciente vagos antecedentes venéreos. Para confirmar el diagnóstico, decide practicarle

la punción lumbar, pero, con gran asombro, el resultado del examen del líquido es enteramente negativo. No varía su criterio e insiste en la naturaleza sifilítica de la lesión, instituyendo un tratamiento intenso. A pesar de esa medicación, el enfermo no mejora absolutamente nada, razón por la cual la familia nos consulta. Impuestos de los antecedentes del caso y considerando que no había razón alguna para aceptar una etiología no muy clara, convinimos en que debiera examinarse al enfermo desde otros puntos de vista. No lo vimos más, pero supimos más tarde que se logró reconocer una vieja fractura de una vértebra, la que había originado con el tiempo el cuadro parapléjico de nuestro enfermo.

El otro caso se refiere a un joven de 25 años, con un cuadro exactamente igual, al que, dado los antecedentes bien precisos, se consideró de etiología sifilítica. La punción lumbar dió resultado negativo y a pesar de todo, el tratamiento fué continuado por un tiempo. Vista la inutilidad de la cura, la familia desea consultar otro médico, el que, teniendo más confianza en el estudio del líquido, no desechó en absoluto el primer diagnóstico, pero sí decidió buscar toda posible causa de paraplejía, hallándose con un mal de Pott, que era el único responsable de la lesión en estudio.

Errores de diagnóstico etiológico obligaban a los médicos a no considerar como verdadero lo que el examen del líquido céfalo-raquídeo decía.

Aceptado, por lo tanto, el verdadero valor que se merece la Reacción de Bordet-Wassermann, y deducido ese pequeño porcentaje en que fracasa, cabe considerarla como un poderoso auxiliar en el diagnóstico de las lesiones nerviosas sifilíticas.

Por razones cuya explicación nos llevaría muy lejos, el Wassermann, en esos casos, da siempre positivo intenso, y debemos advertir que hay que desconfiar de los parciales en enfermos que no han sufrido tratamiento alguno.

Es necesario insistir en que puede muy bien, y es quizá la regla, tener un enfermo su Wassermann negativo en la sangre y positivo en el líquido céfalo-raquídeo. Son cosas completamente independientes, y es el grave error de quienes temen practicar una punción lumbar, guiarse por el resultado del examen de la sangre, para juzgar del estado de un sifilítico. ¡Cuántos enfermos han pagado tributo, porque el médico se ha limitado a hacer un Wassermann de la

sangre para confirmar o rechazar un diagnóstico de neurosífilis! No hay exageración en lo dicho, y cada uno de los especialistas podríamos citar casos en apoyo del cargo hecho.

La experiencia nos ha mostrado que, aun cuando clínicamente no presentan nada que haga sospechar una localización en el neuraxis, los sifilíticos viejos, tratados o no, cuyo examen de sangre da resultados parciales a repetición, tienen muy a menudo una lesión en el cilindro-eje, de evolución solapada, que sólo la descubre la punción lumbar. Por nuestra parte, en esos casos sometemos sistemáticamente nuestros enfermos a ese análisis, no conformándonos simplemente con tratarlos de acuerdo con el examen de sangre, pues esto nos induciría fatalmente a errores.

Las nuevas teorías expuestas por Dujardin en su reciente obra, abren nuevos horizontes en el estudio del Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo. Su tesis sosteniendo una permeabilidad meníngea, capaz de permitir el pasaje de anticuerpos de la sangre al líquido, dando, por lo tanto, un resultado positivo, sin que esto responda a una lesión del sistema nervioso, es verdaderamente de grande importancia.

Se comprenderá que, a ser cierta, es muy posible que, de acuerdo con el laboratorio, hayamos diagnosticado neurosífilis, allí donde no existiera. Es entre estos casos que debiéramos incluir a los líquidos positivos haciéndose negativos con muy poco o ningún tratamiento. Pertenecen, posiblemente, a ese grupo los líquidos positivos, sin linfocitosis ni albúmina. Es, en todo caso, un aspecto nuevo e interesante de la cuestión, cuyo estudio no hemos podido hacer todavía.

¿Cómo tratar un sifilítico nervioso? Vamos a resumir nuestro criterio, en la siguiente fórmula: atacar intensamente, con todos los recursos posibles, con toda regularidad y sin temor alguno. Es la única forma de conseguir excelentes resultados. Y las historias que damos a conocer en este trabajo, prueban que nuestro optimismo manifestado en los primeros párrafos no es ilusorio. Cansados estamos de oir repetir que nunca un líquido positivo se ha hecho negativo. Pues bien: la lectura de esas historias prueba lo contrario.

¿Qué medicamento usamos? Todos los reconocidos como buenos: el 606, el 914, el mercurio. Hemos preferido siem-

pre los arsenicales, pues es con ellos que hemos obtenido brillantes resultados y porque es con ellos que hemos conjurado situaciones difíciles en sifilíticos hasta entonces tratados con mercurio. Muy a menudo combinamos ambos, pero confiamos más en el éxito a base de una terapéutica arsenical. Inyecciones cada cuatro, cinco, seis o siete días de neo, no sobrepasando la dosis de 0 gr. 60; pero dadas hasta el cansancio, si la buena tolerancia del enfermo lo permite. Alternadas con ellas, series de 20 inyecciones de cianuro de mercurio, en una solución de 2 centigramos en cuatro centímetros cúbicos de agua.

Cincuenta, cien, doscientas inyecciones no nos detienen, pues estamos muy lejos de los tratamientos hechos a base de esquemas. Mientras haya necesidad se inyecta y siempre regular e intensamente.

En esa forma hemos conseguido resultados inesperados, sin que hayamos tenido ni una sola vez nada que reprocharnos, ni nada que lamentar.

No diremos que todos hayan sido curados. Sería una pretensión absurda, pero sí todos han mejorado por la terapéutica intensa a que fueron sometidos.

El tratamiento lo hacemos endovenoso. No hemos ensayado la vía raquídea, pues los dudosos éxitos que se le atribuyen no compensan los perjuicios que provoca.

Cualquiera sea la modalidad de sífilis nerviosa, la atacamos duramente desde el comienzo; bien entendido que iniciando la serie con dosis pequeñas (de 20 a 30 centigramos), a fin de reconocer el grado de tolerancia al medicamento. Aún en los casos de pequeñas hemorragias recientes, usamos la misma táctica, sin caer en los temores tan vulgarizados de una posible reacción de Herxheimer. Esta, que se ha citado muchísimo más que lo que se le ha visto, no nos ha incomodado hasta el presente en nuestra terapéutica intensa, y podemos afirmar que entre la clientela particular y la del Dispensario del cual somos jefes, hay un centenar de neurosifilíticos sometidos a ese criterio terapéutico. Así como la reacción de Herxheimer ha sido una alarma que ha desvirtuado muchos tratamientos, la sobrecarga de arsénico en el organismo ha contribuído a que no se hicieran las inyecciones con la generosidad que exige la lesión.

Ni una cosa, ni otra. La reacción de Herxheimer no permitía inyectar a los secundarios, sino con mucha prudencia; nosotros operamos con ellos con entera libertad, sin que hayamos tenido un solo fracaso que reprocharnos. La reacción de Herxheimer no permitía inyectar las lesiones

oculares sin previa preparación del enfermo con medicación mercurial; hemos inyectado siempre las sífilis de ese orden con neo desde el primer momento, sin que hasta el presente hayamos observado inconveniente alguno. Para las neurosífilis y en especial para las hemorragias cerebrales, el mismo temor. Nosotros iniciamos nuestro tratamiento en estos enfermos simplemente con neo, a dosis relativamente pequeñas, en inyecciones hechas cada 3 o 4 días, y tampoco hemos tenido fracasos que nos obligaran a modificar nuestro criterio.

En cuanto a la pretendida acumulación de arsénico en el organismo, como resultado de un número exagerado de inyecciones, sólo diremos que debe tratarse de algo rarísimo, pues los pequeños accidentes más bien los observamos en los que recién inician su tratamiento, o los que llevan un número bien reducido de inyecciones, pudiendo afirmar que son varios cientos de enfermos los que se han hecho de 50 a 100 inyecciones, sin que signo alguno denunciara que aquel fenómeno fuera posible.

Luego, pues, no deben ser estos temores los que deben limitar una terapéutica muchas veces salvadora.

Hecho el tratamiento en esa forma, ¿qué pronóstico podemos hacer de las distintas modalidades de sífilis nerviosa? Bien variable, según la naturaleza de la lesión.

Las meningitis del período secundario ceden, por lo general, en una forma brillante. Los grandes signos, como cefalalgias, mareos, desaparecen entre la 10.ª o 15.ª inyección; pero quedan aún los datos que arroja el examen del líquido, datos que prueban la retrogradación progresiva del mal, la disminución de la fórmula citológica hasta hacerse normal; la desaparición del Wassermann, si era positivo; y en último término la disminución de la albúmina a cantidades normales. Es, seguramente, una de las localizaciones sifilíticas con la que más éxitos puede obtenerse.

Para lesiones más avanzadas, como ser el tabes, conviene hacer distinciones fundamentales. Desde luego, pretender hacer un pronóstico único, para las distintas formas de tabes, es un error; es evidente que varía, según el grado de antigüedad de la lesión.

Pero conviene aún hacer distingos al hablar del pronóstico, según que consideremos lo que podemos llamar cura clínica, o cura serológica. Si la desaparición de todos los síntomas que caracterizaron un tabes, y la vuelta del en-

fermo a condiciones tales que hacen considerarlo como una persona normal, significan cura, es indudable que los éxitos son bien corrientes, y, puestos en ese terreno, el pronóstico a hacer es evidentemente favorable para una gran mayoría. Pero si aceptamos como cura, no sólo lo que hemos llamado cura clínica, sino también la serológica, vale decir, llevar al líquido a condiciones normales, entonces el pronóstico no puede ser tan optimista, y hay que considerar como imposible la cura del mayor número.

Que hay tabes que curan lo prueban algunas de las observaciones publicadas en este trabajo. Sin duda alguna, se trataba de lesiones iniciales, de tabes incipientes, o, si se quiere, de ese período descripto por Ravaut con el nombre de preclínico. En esos casos, evidentemente los más favorables, no sólo se ha conseguido la desaparición de los pocos signos presentados, sino también la desaparición de las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, reveladoras de un proceso sifilítico. La observación y vigilancia posteriores han demostrado que todo se ha detenido y los enfermos deben ser considerados como absolutamente normales.

Para los otros, los más avanzados, el problema es distinto. Si los grandes y los pequeños síntomas desaparecen por completo y no hay más cefaleas, ni cefalalgias, ni dolores óseos, ni impotencia, ni trastornos urinarios, ni vértigos; si bien el estado general es netamente mejor, el apetito se ha recuperado, las fuerzas físicas han vuelto, y el enfermo se encuentra ser otro hombre, a pesar de todo, la persistencia de un Wassermann positivo en el líquido, rebeldísimo a toda medicación por intensa que fuese, demuestra que el foco treponémico subsiste y que, si se ha logrado impedir su avance y contenerlo dentro de ciertos límites, no por eso podemos catalogar esos enfermos en el grupo de los realmente curados.

Hemos dicho que es cosa corriente, cuando el tratamiento se ha ceñido a los preceptos indicados en otro lugar, obtener resultados brillantes en cuanto a la cura clínica, y en ese sentido, hemos tenido muchas veces la satisfacción de ver a tabéticos, casi inútiles, resurgir a la vida con las mismas aptitudes de antes. Las distintas molestias se ven desaparecer poco a poco, y esta mejoría visible y que el enfermo se encarga de recalcar, se acentúa a medida que el tratamiento se eleva en intensidad y duración.

Pero, si esto se consigue en la gran mayoría de los casos, no se logrará nunca hacer desaparecer los síntomas clínicos que responden a lesiones del eje central o del sistema

nervioso periférico, ya organizados y, por lo tanto, definitivos. No será posible pretender la desaparición de las modificaciones que hayan sufrido los reflejos oculares o rotulianos, en tabes antiguos, en los que esos trastornos no responden ya a focos de sífilis en plena actividad, sino más bien a cambios fundamentales en la estructura íntima de los cordones nerviosos. En esos casos debemos conformarnos con mejorar, sin pretender hacer desaparecer todo lo que la infección haya podido producir.

En resumen, debemos aceptar como pronóstico de tabes, fórmulas distintas: en los incipientes, las probabilidades de cura son muchas, siendo posible lo que hemos llamado cura clínica y cura serológica. Para los más avanzados, la cura completa es más difícil; la clínica siempre, la serológica muy rara. Paro los viejos tabes, abandonados por mucho tiempo y habiendo alcanzado un grado mayor de gravedad, la cura clínica da sus resultados, pero no decisivos, y la cura serológica es completamente nula.

Los paralíticos generales merecen capítulo aparte. Consideramos inútil toda terapéutica, pues hasta el presente no hemos tenido la suerte de ver uno solo que haya reaccionado en algo, pues la muerte ha sido el término fatal.

Bien sabemos que se han publicado casos de enfermos de esa naturaleza, presentados como curados. Las inyecciones intracraneanas, las raquídeas, el simple tratamiento endovenoso, parecen haber dado sus éxitos, a estar a ciertas observaciones. No hemos ensayado las dos primeras, porque la experiencia de maestros que nos merecen fe, llegaba a conclusiones diametralmente opuestas.

Es posible que más de un caso titulado parálisis general, no fuera sino un simple tabes superior. Tenemos a ese respecto, un caso diagnosticado como tal por un distinguido colega, quien nos consultó, y nuestro diagnóstico fué de tabes superior. Clínicamente no hubiera sido posible inclinarse en uno u otro sentido, pero el simple hecho de que el Wassermann de la sangre fuera negativo, nos decidió por tabes. No hemos visto nunca un paralítico general con Wassermann de la sangre negativo.

Para terminar, vamos a sintetizar en pocas palabras la manera cómo en el futuro veremos menos lesiones nerviosas en el período inicial de la infección sifilítica, y cómo evitaremos que los afectados lleguen a presentar ese cua-

dro clínico tan lastimoso, que estábamos habituados a ver, antes de poseer los medios terapéuticos que la ciencia moderna nos ha brindado. Ello resulta como corolario lógico, de la forma de encarar un sifilítico inicial y del criterio, hoy por suerte bien extendido, de tratarlos intensamente y no con la terapéutica pusilánime de hace unos años.

Tratemos esas sífilis con todo rigor en sus comienzos, para luego, bajo una vigilancia razonada, descubrir toda posible infección del neuraxis, en sus principios, cuando recién se inicie, y si esto se produjera, tratarla con más intensidad aún, sin temor de emplear generosamente armas tan buenas como el neo o el mercurio, y no subordinando nuestro criterio terapéutico a esas reprobables series chicas que tanto perjuicio han causado entre nuestros enfermos.

Es indudable que será en esa forma que lograremos disminuir el porcentaje de inútiles que resulta de sífilis mal tratadas, y tengamos en nuestros consultorios, no los tabéticos, paralíticos generales o hemipléjicos, fruto de nuestros errores, sino los que con carácter fatal, son tabes desde el momento que, habiendo adquirido su infección, no han sabido o no han querido requerir los consejos y cuidados de un médico.

He aquí algunas observaciones interesantes sobre enfermos neurosifilíticos sometidos a la terapéutica tal como nosotros la practicamos y cuyos resultados probarán las ventajas que ella reporta:

OBSERVACIONES

Observación N.º 1.—A. E., 45 años. Chancro en 1896. Tratado con fricciones y píldoras. 2 series de inyecciones mercuriales, todos los años. En 1914, 6 inyecciones de neo; en 1915, fricciones mercuriales durante el año, y en 1916, nada absolutamente.

Lo vemos en esta época, presentando un cuadro clínico de tabes muy avanzado. Dolores fulgurantes, insoportables; pérdida del reflejo ocular a la luz; marcha difícil, siéndole casi imposible andar solo, pues simula un ebrio; al subir las escaleras, cae repetidas veces. Romberg bien neto. Fuerzas físicas casi perdidas; moral, bien pobre.

Lo sometemos a un tratamiento arsenical intenso, por espacio de un año, haciéndole, en marzo de 1918, la primera punción, cuyo resultado es éste:

Linfocitosis, 30 por mm3; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

En esta fecha, se ve al enfermo mejorar visiblemente, y muchos

de los trastornos han desaparecido. Se continúa su tratamiento a base de neo, intercalando series de mercurio endovenoso.

En mayo de 1919, nueva punción lumbar, con el resultado siguiente:

Linfocitosis, 8 por mm3; albúmina, ligeramente opalescente; Wassermann, H0.

Puede decirse que para esta fecha, el enfermo era otro. Sus fuerzas físicas recuperadas; su moral más levantada. La marcha podía hacerla perfectamente solo, sin que se notara ni un ligero traspiés; sube las escaleras sin inconveniente alguno. Anda a caballo, hace sport y se encuentra con aptitudes como para ejercer su profesión. Los dolores fulgurantes hace tiempo que no existen.

Ha continuado su tratamiento en las mismas condiciones, sin descanso, llevando un total de 200 inyecciones de neo. sin haber sufrido trastorno alguno.

Hoy se considera apto y fuerte para todo trabajo, siendo su admiración grande cuando recuerda que fué abandonado por otros médicos, por incurable.

La última punción lumbar ha dado el siguiente resultado:

Linfocitosis, 2 por mm3; albúmina, negativa; Wassermann, H0.

Obs. N.º 2.—G. M., 30 años, soltero. Niega terminantemente todo antecedente sifilítico y no hay signo alguno que exteriorice esta infección.

Hizo primero un cuadro de meningitis, que tratado por 914 reaccionó en buena forma, desapareciendo todo.

En 1917 lo vimos por un proceso análogo; pero simulando en parte, algo secundario a una lesión óptica. Reflejos rotulianos exagerados; pupilares, normales. Cefalalgias intensas. Reacción de Wassermann en la sangre, negativa.

Punción lumbar: linfocitosis, 10 por mm3; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Hizo el tratamiento arsenical hasta 1919, en cuya fecha la punción lumbar arroja los siguientes datos:

Linfocitosis, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

En esta fecha, el estado general es muy bueno, no manifestando nada de su antigua lesión. No ha concurrido más a nuestra consulta.

Obs. N.º 3.—G. F., 33 años, casado. Tuvo su chancro en 1904, tratándose durante un año tan sólo con píldoras y ioduro de potasio. Tomó luego 40 inyecciones de biioduro y muy pocas de aceite gris. Una sola inyección de 606, allá por el año 1914.

En febrero 20 de 1917, fecha en la que por primera vez lo atendemos, sufre una hemiplejía izquierda. Sus reflejos rotulianos, exagerados; anisocoria y reflejo pupilar abolido.

Inmediatamente iniciamos el tratamiento con neo, haciendo inyecciones de 0.20, 0.30 y 0.45, espaciadas de 3 a 4 días. A la 13.ª

inyección, el enfermo se levanta, marcha con ayuda de un bastón y su estado general es bastante bueno. No lo hemos asistido más, pero lo hemos visto caminar sin que deje traslucir mucho su pasada afección.

Obs. N.º 4.—M. D., 30 años, soltero. Antecedentes muy vagos, que no permiten aclarar su estado actual. Traído de Buenos Aires con diagnóstico de parálisis general. A pesar del cuadro clínico fácilmente confundible, rechazamos ese diagnóstico por ser el Wassermann de su sangre negativo.

Los reflejos rotulianos y aquilianos nulos. Los reflejos oculares tampoco existen. Hay una disartria marcadísima; falta de atención; pérdida total de las muy buenas condiciones que tenía para el dibujo.

Punción lumbar: glóbulos blancos, 16 por mm3; linfocitos, 93 o|o; polinucleares, 7 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Sometido al tratamiento intenso, iniciado acá por nosotros, continuado luego en Buenos Aires, el enfermo había mejorado bastante, desapareciendo mucho de lo que presentaba, pero hemos tenido conocimiento de haberse abandonado en algo. Sin embargo, su estado no es ni parecido al que tenía en 1917, cuando por primera vez estuvo bajo nuestra vigilancia.

Obs. N.º 5.— R. P., 35 años, soltero. Visto en consulta, no presentaba sino muy ligeras modificaciones en los reflejos y una marcada pérdida de memoria. Sin esperar un resultado tal, la punción lumbar dió:

Septiembre 5 de 1916.—Glóbulos blancos, 106 por mm3; linfocitos, 98 o|o; polinucleares, 2 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Junio 2 de 1917.—Linfocitos, 5 por mm3; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Octubre 27 de 1917.—Linfocitos, 2 por mm3; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Abril 3 de 1918.—Linfocitos, 4 por mm3; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

El enfermo ha mejorado visiblemente, como lo prueba su estado general, que puede ser considerado casi normal, y como lo prueban también sus exámenes del líquido céfalo-raquídeo.

Obs. N.º 6.—G. V., 50 años. Antecedentes que remontan a su juventud, tratado en los primeros años con fricciones, píldoras e inyecciones mercuriales. Luego abandonó por completo todo tratamiento, y en 1917 tiene un cuadro agudo que lo lleva a consultar al médico. Tiene una disartria marcadísima y una hemiparesia izquierda. Ligera atrofia muscular, principalmente de los músculos de la eminencia tenar, siéndole imposible la escritura, pues ésta le resulta difícil, imposible de comprender, a pesar de tratarse de una persona perfectamente educada. Su pierna la arrastra, aunque muy

débilmente, pero el mismo enfermo ha notado el desgaste de la punta de sus botines. El médico de cabecera hace diagnóstico de parálisis general, y llamados en consulta, existiendo un examen de sangre negativo, nos inclinamos por el diagnóstico de tabes.

La punción lumbar arroja el siguiente resultado:

Noviembre 6 de 1917.—Glóbulos blancos, 17 por mm3; linfocitosis, 93 o|o; polinucleares, 7 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Sometido de inmediato a la medicación arsenical intensa, se ve mejorar al enfermo en forma visible. Su disartria se modifica fundamentalmente, consiguiendo hablar en forma, a los 4 o 5 días de iniciar el tratamiento. La marcha es mejor y su estado general es bueno.

En agosto de 1918, la punción da:

Glóbulos blancos, 2 por mm3; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Se continúa el tratamiento arsenical, intercalando mercurio endovenoso, y los progresos son evidentes. En enero de 1921, la punción da por resultado:

Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H0.

El estado general es excelente. Habla como una persona normal; escribe, no como antes de su enfermedad, pero su escritura es clara, fácil de leer. Camina sin los inconvenientes anteriores, y sólo prueba su infección el examen serológico.

Lleva aproximadamente 200 inyecciones de neo y 50 de mercurio, y su aspecto es de hombre sano y fuerte.

Obs. N.º 7.—F. G., 25 años, soltero. Chancro en 1915, tratado con fricciones mercuriales y unas cien inyecciones de biioduro.

Fué visto por nosotros en 1916, con un examen de sangre negativo. Al examen clínico hallamos, que si bien los reflejos oculares son normales, en cambio, no existen los reflejos rotulianos. Hecha la punción lumbar, nos da el siguiente resultado:

Glóbulos blancos, 19 por mm3; linfocitosis, 92 o|o; polinucleares, 8 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Se le practican 120 inyecciones de neo, bien regularmente hechas y a dosis grandes. En el mes de septiembre de 1921, la punción da:

Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Estado general, excelente.

Obs. N.º 8.—J. B., 45 años, casado. Chancro en 1916. Tratado con series de neo, de 5 a 6 inyeciones, y considerado como curado. En 1918 tiene un ictus y fué sometido a nuevo tratamiento, pero con series limitadas de neo. Lo vemos en marzo de 1919, presentando como cuadro clínico el siguiente: cefalalgias intensas; reflejos muy exagerados; estado de nerviosidad que lo hace una víctima.

Marzo 27 de 1919. — Punción lumbar: glóbulos blancos, 22 por mm3; linfocitosis, 94 o|o; polinucleares, 6 o|o; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Tratado intensamente con neo y mercurio; tratamiento bien regular. En abril de 1920, la punción da:

Glóbulos blancos, 4 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

El estado general del enfermo es muy bueno. Las cefalalgias han desaparecido por completo; su nervosismo, marcadamente menor. Continuamos el tratamiento, pues a ello nos inducen, no sólo sus antecedentes, sino también los 4 linfocitos que da la punción y de acuerdo con el criterio más arriba expuesto.

En octubre 20 de 1920, repetimos la punción lumbar, que da:

Glóbulos blancos, 1,6 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Una simple serie de mercurio endovenoso, y nueva punción en agosto de 1921, siendo el resultado:

Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Bajo nuestra vigilancia siempre, no hemos podido observar nada que se relacione con el proceso anterior, habiéndole suspendido todo tratamiento.

Obs. N.º 9.—L. S., 30 años, casado. Chancro en abril de 1916. Roseola, adenopatía generalizada, etc. 2 series de inyecciones de neo (8 en total), 4 inyecciones de biioduro, 40 fricciones mercuriales, 10 inyecciones de enesol, hasta el 10 de noviembre de ese año. El 7 de febrero de 1917, la Reacción de Wassermann da H6 (positiva parcial). Toma entonces 4 inyecciones de neo, 2 de biioduro, 1 de calomel, 4 de enesol y 4 de asurol. En el mes de mayo, píldoras, y continúa ese tratamiento desordenado y múltiple, hasta febrero de 1919, fecha en que nos consulta.

Clínicamente no tiene absolutamente nada, pero la Reacción de Wassermann en la sangre da H0 (positivo intenso). Le hacemos 20 inyecciones de neo, dando, en agosto 19, un Wassermann de H3 (positiva parcial). Nueva serie de 20 inyecciones, dándonos la sangre un resultado negativo, para mantenerse tal en cuatro exámenes, y luego dos parciales que nos inducen a practicar la punción lumbar:

Noviembre 21 de 1920.—Glóbulos blancos, 3 por mm3; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Por las ocupaciones del enfermo, sólo podemos hacer 20 inyecciones de 0 gr. 75 y nueva punción, que da:

Marzo 2 de 1920.—Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, negativo; Wassermann, H4.

Nueva serie de 22 inyecciones de neo.

Junio 4 de 1921.—Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Estado general, excelente. El enfermo sigue bajo nuestra vigilancia.

Obs. N.º 10.—R. E., 28 años. Chancro en mayo de 1918. 5 inyecciones de neo y un examen de sangre con resultado negativo. En

octubre de 1918, nuevo Wassermann y H8. Pero en noviembre 6 del mismo año, no conformándonos con una sífilis tan fácil de desaparecer, practicamos la punción lumbar; ella da:

Glóbulos blancos, 20 por mm3; linfocitosis, 93 o|o; polinucleares, 7 o|o; albúmina, opalescente; Wassermann, H0.

Le hacemos entonces 67 inyecciones de neo, regularmente dadas, y en mayo 29 de 1920 la punción da:

Glóbulos blancos, 0,5 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Estado general excelente, sin trastorno alguno. En noviembre del mismo año:

Glóbulos blancos, 1 por mm3; albúmina, normal; Wassermann, H8.

Se han practicado, además, 5 reacciones de la sangre, siendo todas negativas.

Obs. N.º 11.—Prueba a que conduce un tratamiento hecho con temor. Chancro en 1912, tratado con 1 inyección de 606, y meses más tarde 5 inyecciones del mismo medicamento. Hizo también mercurio, pero viéndose obligado a abandonarlo por estomatitis. En 1913 tuvo desvanecimientos, según el enfermo, haciéndosele una punción. Resultado:

Glóbulos blancos, 312 por mm3; linfocitosis, 98 o|o; polinucleares, 2 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Tomó entonces 14 inyecciones de 606, dos por mes, y al mismo tiempo fricciones mercuriales. En diciembre de 1914, nueva punción:

Glóbulos blancos, 107 por mm3; linfocitosis, 78 o|o; polinucleares, 22 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Recibe 19 inyecciones de neo, casi todas de 0 gr. 90, pero a razón de una por mes (rara vez dos). Nueva punción:

Glóbulos blancos, 91 por mm3; linfocitosis, 72 o|o; polinucleares, 28 o|o; albúmina, turbio; Wassermann, H0.

Este débil descenso no es sino resultado de un tratamiento pobre e insuficiente. Hace luego 33 inyecciones de oxicianuro, y la nueva punción da:

Enero de 1917.—Glóbulos blancos, 45 por mm3; linfocitosis, 60 o|o; polinucleares, 40 o|o; albúmina, ligeramente turbio; Wassermann, positivo débil.

Por consejo nuestro, inicia el tratamiento arsenical, pero más regular e intenso, llegando a hacer una serie de 54 inyecciones de neo, a altas dosis. No cumple, sin embargo, y el pesimismo lo hace abandonar muchas veces las inyecciones. La punción hecha en enero de 1920 prueba que la mejoría se acentúa:

Glóbulos blancos, 12 por mm3; linfocitosis, 94,7 o|o; polinucleares 5,3 o|o; albúmina, opalescente; Wassermann, débilmente positivo.

Desde mayo de 1920 hasta la fecha, ha continuado sus inyecciones con mucha más regularidad, pues, habiendo notado una gran mejoría, según el enfermo, su pesimismo y apatía de antes se han

visto sustituídos por una confianza grande en el éxito. Estado general, muy bueno. Sin signos ni trastornos.

Obs. N.º 12.—J. C., 38 años. Chancro en 1918. Examen de sangre H0. 4 inyecciones de neo en junio y 2 en julio del mismo año.

Inicia su tratamiento con nosotros en agosto del mismo año, haciéndose 29 inyecciones de neo; mercuriales, sin poder precisar la cantidad, y a pesar de ese tratamiento, su examen de sangre persiste siempre positivo. En julio de 1920, vista la resistencia de ese resultado, resolvemos practicar la punción lumbar, dando lo siguiente:

Glóbulos blancos, 10 por mm3; linfocitosis, 85 o|o; polinucleares, 15 o|o; albúmina, normal; Wassermann, H0.

Hace su tratamiento arsenical intenso, semanalmente y con regularidad, hasta agosto de 1921, en cuya fecha la punción lumbar da los siguientes datos:

Glóbulos blancos, 1,6 por mm3; albúmina, negativo; Wassermann, H8.

El enfermo continúa en observación e inyectándose, y su estado general, según propia declaración, es perfectamente bueno.

Erratum

En la página 260, línea 28.ª, Tomo I, donde dice "238 casos de sífilis iniciales sobre un total de 1,750 enfermos, lo que da un 13 o|o de sifilíticos iniciales", etc., debe decir: "138 casos de ...., lo que da un 8 o|o de sifilíticos iniciales", etc.

ÍNDICES

I. ÍNDICE GENERAL

TOMO I

Generalidades y sesiones del Congreso

TOMO II

Trabajos enviados al Congreso que no han sido leídos en el curso de sus sesiones.
Erratum.
Índices.

II. ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

(Los números romanos que preceden al número de la página indican el Tomo)

a) DERMATOLOGIA:

b) VENEREOLOGIA:

AFECCIONES VENEREAS EN GENERAL; SU PROFILAXIS:

BLENORRAGIA:

CHANCRO SIMPLE:

SIFILIS:

Patología:

Serología:

Tratamiento:

III. ÍNDICE DE LÁMINAS

TOMO I

TOMO II

FIN DEL SEGUNDO Y ÚLTIMO TOMO



